UNIWERSYTET W BIAŁYMSTOKU

Wydział Prawa

mgr Mateusz Gąsowski

nr albumu: 66090

Sterylizacja – wybrane aspekty prawnokarne i kryminologiczne

Rozprawa doktorska

Promotor: prof. zw. dr hab. Ewa Monika Guzik-Makaruk

Promotor pomocniczy: dr Ewelina Wojewoda

BIAŁYSTOK 2025

Moim Rodzicom

Spis treści

Wykaz skrótów ……... 6

Wstęp …….. 8

Rozdział I

Wpływ eugeniki na sterylizację oraz rys historyczny zabiegu ubezpłodnienia……..... 22

§ 1. Wpływ rozwoju eugeniki na wykonywanie zabiegu sterylizacji …… 22

§ 2. Czynniki naukowe wpływające na rozwój eugeniki …… 28

§ 3. Sterylizacja jako instrument eugeniki na świecie i w Polsce …….. 32

Rozdział II

Medyczne aspekty zabiegu sterylizacji ……... 44

§ 1. Metody antykoncepcji przeznaczone mężczyznom ……. 44

§ 2. Sterylizacja mężczyzn ……. 46

§ 3. Metody antykoncepcyjne przeznaczone kobietom …….. 52

§ 4. Sterylizacja kobiet ……... 59

Rozdział III

Polskie prawo wobec zabiegu sterylizacji …….. 66

§ 1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku …… 66

§ 2. Kodeks karny z 1997 roku …… 74

§ 3. Ustawa z 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży …… 90

Rozdział IV

Kontratypy w polskim prawie karnym a sterylizacja ……... 96

§ 1. Bezprawność jako element struktury przestępstwa ……. 96

§ 2. Doktrynalne koncepcje pierwotnej i wtórnej legalności zabiegów medycznych 105

§ 3. Kontratyp zabiegu medycznego a sterylizacja ……. 111

§ 4. Kontratyp zgody dysponenta dobrem prawnym a sterylizacja …… 129

Rozdział V

Wybrane modele na tle prawnej regulacji sterylizacji w Europie …….. 140

§ 1. Przegląd europejskich regulacji prawnych …….. 140

§ 2. Sterylizacja w Niemczech …… 146

§ 3. Sterylizacja w Austrii ……... 150

§ 4. Sterylizacja w Norwegii ……... 156
Rozdział VI
Postawy społeczne wobec sterylizacji ……. 162
§ 1. Metodyka badań …….. 162
§ 2. Czynniki mogące mieć wpływ na ocenę zabiegu sterylizacji w społeczeństwie polskim …… 166
§ 3. Stosunek społeczeństwa polskiego do problematyki sterylizacji w świetle badań z 2002 roku oraz z 2024 roku …… 173
§ 4. Wnioski z badań …….. 205
Rozdział VII
Postawy środowiska lekarskiego wobec zabiegu sterylizacji ……... 216
§1. Metodyka badań ……... 216
§ 2. Stosunek lekarzy do sterylizacji …….. 228
§ 4. Wnioski z badań …….. 245
Rozdział VIII
Obraz sterylizacji w Polsce …….. 251
§ 1. Metodyka badań …….. 251
§ 2. Charakterystyka sterylizacji w Polsce w świetle wyników badań typu *desk research* ……. 257
§ 3. Charakterystyka sterylizacji w Polsce w świetle wyników wywiadów …… 273
§ 4. Wnioski z badań ……... 282
Zakończenie ……... 291
Bibliografia …… 304
Spis wykresów ……... 327

Wykaz skrótów:

- BGB - Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, sprost. S. 2909, 2003, S. 738) (Kodeks cywilny, Dz. U. Republiki Federalnej Niemiec z 2002 r., nr 42).
- BGBl. – skrót od *Bundesgesetzblatt* (Dziennik Ustaw Republiki Federalnej Niemiec). Skrót pojawia się kilkukrotnie w przypisach (np. BGBl. I S. 42). Warto dopisać go do wykazu skrótów.
- Dz.U. – Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej
- ETPCz - Europejski Trybunał Praw Człowieka.
- k.c. - Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny, Dz.U. 1964 nr 16 poz. 9, t.j. Dz. U. 2024 poz. 1061, 1237.
- k.k. - ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny, Dz.U. 1997 nr poz. 553 ze zm.
- NKK - Straffeloven, lov av 20. mai 2005, publisert i Norsk Lovtidend (Norweski kodeks karny, ustawa z dnia 20 maja 2005 r., opublikowana w Dzienniku Ustaw Norwegii).
- öStGB - Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch – StGB), StF: BGBl. Nr 60/1974 (Ustawa federalna z dnia 23 stycznia 1974 roku o czynach karalnych przez sąd – Kodeks karny, Dz. U. Austrii nr 60 z 1974 r.).
- RGBl. – *Reichsgesetzblatt* (Dziennik Ustaw Rzeszy Niemieckiej). Pojawia się w odniesieniu do ustaw nazistowskich (np. ustawa z 14 lipca 1933 r.).
- RPP – Rzecznik Praw Pacjenta
- Sb. – *Sbírka zákonů* (Czeski Dziennik Ustaw).
- SFS – skrót od *Svensk Författningssamling* (Szwedzki Dziennik Ustaw). Pojawia się w przypisie do ustawy o sterylizacji (SFS 1934:171).
- StF – skrót używany w Austrii, oznacza *Stammfassung* (pierwotna wersja ustawy).
- StGB - Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322) (Kodeks karny, Dz. U. Republiki Federalnej Niemiec z 1998 r., nr 3322).
- t.j. – tekst jednolity.
- u.p.r.o.p. - ustawa z dnia 7 stycznia o 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży, Dz.U. 1993 nr 17 poz. 78 ze zm.

- u.z.l. - ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152 ze zm., t.j. Dz. U. 2024 poz. 1287.
- WHO – *World Health Organization* (Światowa Organizacja Zdrowia).

Wstęp

Tematem niniejszej dysertacji uczyniono prawnokarne i kryminologiczne aspekty sterylizacji. Sterylizacja jest zabiegiem medycznym pozbawiającym człowieka zdolności zapłodnienia przez współżycie, bez ograniczenia zdolności do odbywania stosunków płciowych. Nie prowadzi ona do negatywnych zmian hormonalnych w organizmie jednostki, a w wielu przypadkach zwiększa nawet satysfakcję z życia seksualnego. U kobiet polega ona na przerwaniu ciągłości jajowodów poprzez ich wycięcie, przecięcie, podwiązanie, założenie na nie odpowiedniego klipsa lub zamknięcie ich światła poprzez umieszczenie w nich spiralnej elastycznej wkładki. U mężczyzn najpopularniejszym i najlepiej zbadanym sposobem sterylizacji jest wazektomia, polegająca na przecięciu lub założeniu na nasieniowody tytanowych klipsów[1].

Z uwagi na trudności związane z wyraźnym określeniem statusu zabiegów ubezpłodniania, w Polsce zabiegi te powszechnie wykonywane są tylko u mężczyzn. U kobiet przyjmuje się, że są one legalne tylko w wypadkach, gdy stanowią czynność leczniczą, czyli są nastawione na ratowanie życia lub zdrowia pacjentek, a nie ich ubezpłodnienie. W praktyce najczęściej w grę wchodzi więc sterylizacja kobiet, które wielokrotnie rodziły dzieci przez cesarskie cięcie, jeżeli kolejna ciąża i poród mogłyby zagrozić ich życiu lub zdrowiu. Kontrowersyjna jest natomiast tzw. sterylizacja dla wygody ze wskazań ideologicznych bądź antykoncepcyjnych. Wykonanie tego zabiegu bez istniejących wskazań leczniczych może spowodować odpowiedzialność karną lekarza na podstawie art. 156 § 1 pkt 1 kodeksu karnego[2], czyli za spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci pozbawienia zdolności płodzenia.

Wspomniana czynność lecznicza jest zagadnieniem podstawowym z punktu widzenia oceny legalności działań lekarza. Wśród przedstawicieli współczesnej doktryny prawa karnego przeważa pogląd o pierwotnej legalności czynności leczniczych. Stosowanie wobec nich konstrukcji kontratypowej nie jest więc konieczne w celu ich wtórnej legalizacji. Charakter ten jest uwarunkowany celem leczniczym. Cel ten musi zakładać poprawę lub zachowanie zdrowia w sferze leczenia. Czynnością leczniczą jest czynność terapeutyczna ukierunkowana na poprawę zdrowia, przy wystąpieniu jak najmniejszego ryzyka[3]. Takie zdefiniowanie pojęcia

[1] A. Górski, B. Oszkinis, *Sterylizacja* [w:] L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.) *Szczególne świadczenia zdrowotne. System prawa medycznego*. Tom 2, Warszawa 2018, s. 9.
[2] J. Holocher, *Dobrowolna sterylizacja. Uwagi de lege lata*, Studia prawnicze 2015, nr 1 (201), s.69.
[3] E.M. Guzik-Makaruk, E. Wojewoda, E.M. Truskolaska*, Odpowiedzialność za błędy medyczne w Polsce i Republice Federalnej Niemiec – wybrane aspekty*, Warszawa 2021, s. 82-84.

„czynności leczniczej" pozwala na wyodrębnienie na zasadzie przeciwieństwa czynności nieleczniczych. Ta grupa czynności wymaga wtórnego zalegalizowania, bowiem nie są one pierwotnie legalne, jak ma to miejsce przy czynnościach leczniczych. Część doktryny uzasadnia ich legalność konstruując kontratyp pozakodeksowy. Innym rozwiązaniem będzie usprawiedliwienie prawne czynności nieleczniczych poprzez rozwiązanie jakim jest kolizja dóbr i poświęcenie jednego z nich. W tym kontekście ogromnego znaczenia nabiera charakter dóbr, jakimi człowiek może swobodnie dysponować, a co za tym idzie zakres zgody na ich naruszenie[4].

Przeprowadzenie zabiegu sterylizacji dla wygody (tzw. sterylizacji dobrowolnej, sterylizacji na żądanie lub sterylizacji na życzenie) może wypełniać znamiona przestępstwa z 156 § 1 pkt 1 k.k. powodując u pacjenta kalectwo, w postaci pozbawienia go zdolności płodzenia. Niektórzy postulują, aby zabieg ten traktować jako czynność leczniczą, z uwagi na możliwą poprawę zdrowia psychicznego pacjenta poprzez poprawę jakości jego życia seksualnego. Nie wydaje się być to wystarczającym argumentem i większość specjalistów zalicza sterylizację dla wygody do czynności nieleczniczych. Oznacza to, że nie można jej uznać za zabieg pierwotnie legalny. W tym miejscu rodzi się więc pytanie czy są okoliczności warunkujące wtórną legalizację tego zabiegu, a jeżeli tak to jakie one są? W przeciwnym wypadku wykonanie zabiegu sterylizacji dla wygody będzie traktowane jako przestępstwo[5].

Dobrowolna sterylizacja rzadko bywa poruszana w piśmiennictwie prawniczym, a jeszcze rzadziej w literaturze kryminologicznej. W ostatnich latach można jednak zaobserwować wzrost liczby doniesień medialnych na ten temat, choć nie prezentują one zagadnienia sterylizacji w sposób wyczerpujący i precyzyjny, bowiem zazwyczaj ukazywany jest jedynie fragment tego problemu społecznego.

W pracy badawczej postawiono dwa główne problemy badawcze oraz odpowiadające im hipotezy główne. Jest to uwarunkowane prawnokarno-kryminologicznym charakterem opracowania. Przedstawiały się one w poniższy sposób.

Problem badawczy nr 1 - jak kształtuje się legalność dobrowolnej sterylizacji w Polsce?

Hipoteza badawcza nr 1 – legalność dobrowolnej sterylizacji w Polsce jest uzależniona od medycznego charakteru tego zabiegu oraz stopnia społecznej akceptacji jego dopuszczalności.

[4] A. Górski, *Wykonywanie zawodu lekarza a prawo karne*, Warszawa 2019, s. 81-85.
[5] A. Górski, B. Oszkinis, op. cit., s. 11.

Skonstruowanie problemu badawczego w powyższy sposób jest uzasadnione brakiem jednoznacznych regulacji prawnych w tym zakresie oraz brakiem zgodności poglądów doktryny w badanej kwestii. Wydaje się, że w tym zakresie mamy do czynienia z dosyć istotną próżnią legislacyjną. Hipoteza badawcza jest umotywowana założeniem, że wpływ na wykładnię prawną przepisów odnoszących się do zabiegu sterylizacji będą miały względy medyczne takie jak m.in. odwracalność zabiegu czy stopień naruszenia integralności ciała pacjenta. Ponadto należy zauważyć, że w art. 156 § 1 pkt 1 k.k. pozbawienie zdolności płodzenia zostało zestawione m.in. z pozbawieniem kogoś wzroku. Oba skutki, choć ujęte w jednym przepisie, wywołują zupełnie różne odczucia społeczne. Warto rozważyć, czy pozbawienie kogoś zdolności płodzenia za jego zgodą i na jego życzenie, jeśli nie budzi sprzeciwu społecznego, powinno być uznane za czyn zabroniony w świetle tej regulacji prawnokarnej. Należy więc zastanowić się, czy ochrona niektórych dóbr pacjenta wbrew jego woli jest w ogóle uzasadniona. Jeżeli tak, to jak powinien kształtować się zakres takiej ochrony. Czy prawo karne powinno ingerować tak szeroko w wolność jednostki, skoro może to stanowić wyraźny przejaw paternalizmu państwowego i prowadzić do wielu negatywnych konsekwencji, m.in. rozwoju podziemia sterylizacyjnego i negatywnych następstw natury psychicznej dla osób, które nie będą mogły poddać się tym zabiegom

Problem badawczy nr 2 – jak kształtuje się opinia społeczeństwa i środowiska lekarskiego na temat zabiegu dobrowolnej sterylizacji w Polsce i jakimi czynnikami jest uwarunkowana?

Hipoteza badawcza nr 2 – postawy Polaków względem dobrowolnej sterylizacji są zróżnicowane i zależą od szeregu okoliczności takich jak m.in. cechy społeczno-demograficzne badanej populacji (wiek, płeć, wykształcenie). Uzupełnieniem tej hipotezy jest założenie, że opinia środowiska lekarskiego jest bardziej przychylna dobrowolnej sterylizacji niż opinia ogółu społeczeństwa.

Obszarem badawczym uczyniono zabieg dobrowolnej sterylizacji w ujęciu prawnym i kryminologicznym, natomiast za główny cel pracy obrano prawne i kryminologiczne aspekty tego zabiegu. Przedstawiony problem badawczy uzasadniony jest brakiem aktualnego stanu wiedzy na temat opinii społecznej o dobrowolnej sterylizacji, a także opinii środowiska lekarskiego w tym zakresie. Skonstruowanie hipotezy badawczej we wskazany wyżej sposób jest spowodowane faktem, że lekarze lepiej niż pozostała część społeczeństwa znają charakter zabiegu dobrowolnej sterylizacji, a także przepisy prawne dotyczące czynności medycznych. Można także założyć, że różne będą postawy Polaków względem dobrowolnej sterylizacji, co będzie głównie uzależnione od wieku, wykształcenia czy poglądów religijnych i politycznych

respondentów. Można przypuszczać, że respondenci młodsi, o poglądach lewicowych, rzadziej uczestniczący w praktykach religijnych będą bardziej przychylni legalizacji sterylizacji niż ci starsi, o poglądach prawicowych, regularnie uczestniczący w praktykach religijnych. Wynika to z przeświadczenia, że młode pokolenie jest bardziej postępowe w poglądach i łatwiej jest mu zaakceptować sterylizację jako formę antykoncepcji.

W sprawozdaniu Ministra Zdrowia z wykonania ustawy o planowaniu o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży[6] za rok 2016 stwierdza się, że sterylizacja dokonywana bez wskazań medycznych, polegająca na nieodwracalnej utracie zdolności do zapłodnienia nie może być traktowana na równi z metodami antykoncepcyjnymi i podlega karze zgodnie z regulacjami Kodeksu karnego[7].

Wspomniane sprawozdanie krytycznie ocenia E. Zielińska z uwagi na fakt, że jako przykłady przywołuje się w nim wyłącznie sytuację pozbawienia drożności jajowodów, a więc przypadki sterylizacji kobiet. W sprawozdaniu nie wspomina się natomiast w ogóle o sterylizacji mężczyzn. To pominięcie może być interpretowane jako uznanie wazektomii za dopuszczalną prawnie, co w związku z penalizacją sterylizacji kobiet stanowiłoby naruszenie nakazu wynikającego z Konstytucji RP o równym zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i zakazu dyskryminacji ze względu na płeć[8].

Problem dobrowolnej sterylizacji nie jest szczegółowo uregulowany w polskim prawie. Część doktryny przyjmuje, że mimo wspomnianych wyżej wątpliwości dobrowolna sterylizacja *de lege lata* jest legalna[9]. Zwolennicy przeciwnego poglądu uzasadniają, że w świetle prawa karnego dobrowolna sterylizacja, zarówno kobiet jak i mężczyzn jest przestępstwem[10]. Opisywane zagadnienie jest istotne ze społecznego punktu widzenia, z uwagi na praktykowanie w Polsce zabiegu wazektomii oraz zainteresowaniu kobiet mieszkających w Polsce wyjazdem za granicę w celu poddania się temu zabiegowi, o czym informują media i co znajduje odzwierciedlenie w przestrzeni internetowej. Przede wszystkim z tych powodów

[6] Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży, Dz.U. 1993 nr 17 poz. 78 ze zm.
[7] Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2015 roku ustawy z 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, VIII kadencja, druk sejm. nr 1253.
[8] E. Zielińska, *Sterylizacja na życzenie do celów antykoncepcji w świetle przepisów prawa medycznego i deontologii lekarskiej* [w:] M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska (red.) *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 2. Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019, s.197-198.
[9] Patrz np. A. Wąsek, *Czy dobrowolna sterylizacja jest przestępstwem?*, „Państwo i prawo" 1988, nr 8 (510).
[10] Patrz np. A. Górski, B. Oszkinis, *Sterylizacja* [w:] L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.) *Szczególne świadczenia zdrowotne. System prawa medycznego*. Tom 2, Warszawa 2018.

wskazane jest pochylenie się nad tym zagadnieniem w bardziej kompleksowy sposób, aby możliwe było pełniejsze zapoznanie się z obrazem zjawiska.

Literatura traktująca na temat prawnych aspektów dobrowolnej sterylizacji nie jest wyczerpująca i nie porusza tego tematu w całościowy sposób. Dostępne są przede wszystkim opracowania naukowe publikowane na łamach czasopism prawniczych.

W roku 2020 roku na Uniwersytecie Warszawskim została obroniona rozprawa doktorska pt. „Status prawny zabiegów trwałej antykoncepcji" autorstwa mgr Sabiny Many-Walasek, napisana pod kierunkiem dr hab. Moniki Płatek, prof. UW. Autorka w pracy dokonała interpretacji przepisu art. 156 § 1 pkt 1 k.k. poprzez tzw. wykładnię otwartą na Konstytucję. W pracy przeprowadzono także badania na temat zasadności kryminalizacji zabiegu sterylizacji. We wspomnianej pracy rozważania oparto na odmiennej koncepcji, Autorka przyjęła inne problemy i hipotezy badawcze oraz przeprowadziła inne badania niż te, które przeprowadzone zostały na potrzeby niniejszej dysertacji. Daje to możliwość pogłębienia wiedzy o prawnym statusie zabiegu sterylizacji oraz ujęcia badanej problematyki z innej perspektywy niż uczyniła to S. Mana-Walasek.

W badaniu prawnych aspektów sterylizacji duże znaczenie ma publikacja A. Wąska – „Czy dobrowolna sterylizacja jest przestępstwem?"[11]. Mimo, że opracowanie zostało opublikowane przed 30 laty, czyli pod rządami poprzednio obowiązującej kodyfikacji karnej z 1969 r., w doktrynie wciąż przytacza się argumenty A. Wąska postulujące uznanie sterylizacji na życzenie za legalną.

Z prac naukowych o dobrowolnej sterylizacji warto wskazać opracowanie autorstwa A. Górskiego i B. Oszkinisa, *Sterylizacja* [w:] L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.), Szczególne świadczenia zdrowotne. System Prawa Medycznego, tom 2., Warszawa 2018 oraz rozdział E. Zielińskiej *Ochrona zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego oraz praw z nim związanych* [w:] M. Boratyńska, P. Konieczniak, Regulacja prawna czynności medycznych, System Prawa Medycznego pod redakcją naukową E. Zielińskiej, tom II cz. 2, Warszawa 2019, gdzie podejmowane są m.in. zagadnienia sterylizacji dla wygody. Wskazane opracowania stanowią przykład rozważań dogmatyczno-prawnych na temat badanego zagadnienia. Mimo, że są to opracowania o wysokiej jakości, nie są kompleksowe, zwracają uwagę tylko na część problemu. Brakuje w nich m.in. odwołania do teorii i filozofii prawa oraz etyki. Można postulować poszerzenie dyskursu na temat sterylizacji na życzenie o zastosowanie metod

[11] A. Wąsek, op. cit.

empirycznych, bowiem sama dogmatyka prawa nie jest w stanie ukazać badanego zagadnienia w pełni.

Problematyka turystyki sterylizacyjnej została poruszona przez E.M. Guzik-Makaruk, E. Wojewodę oraz M. Gąsowskiego w opracowaniu pt. „Kilka uwag na temat prawnokarnych i kryminologicznych aspektów sterylizacji i rozwoju tzw. turystyki sterylizacyjnej", który jest jednym z tekstów zawartych w Księdze Jubileuszowej prof. Violetty Konarskiej-Wrzosek[12].

W kwestii badań empirycznych dostępne są wyniki badań przeprowadzonych przez CBOS, które dotyczyły opinii Polaków na temat zasadności legalności dobrowolnej sterylizacji. Wyniki ukazują, że sterylizacja powinna być legalna w opinii 33% respondentów (odpowiedzi „zdecydowanie powinna" i „raczej powinna"), 44% uważa, że sterylizacja nie powinna być legalna (odpowiedzi „zdecydowanie nie powinna" i „raczej nie powinna"), a 23% nie potrafiło wyrazić swojego zdania w tej sprawie[13]. Z uwagi na fakt, że wspomniane badania pochodzą z 2002 roku niezbędne wydaje się uaktualnienie stanu wiedzy we wspomnianym zakresie i zwrócenie uwagi na ewentualne zmiany w zakresie podejścia przedstawicieli polskiego społeczeństwa do tego zagadnienia. Zainteresowanie zabiegiem dobrowolnej sterylizacji, jakie zrodziło się ostatnimi czasy na forach internetowych wskazuje, że obecna nisza w przestrzeni naukowej powinna zostać uzupełniona. Zmiany kulturowe, które zaszły od czasu przeprowadzenia wspomnianego badania mogły wpłynąć na dezaktualizację jego wyników. Można przypuszczać, że obecnie opinia publiczna w tej kwestii może kształtować się w sposób zgoła odmienny. W związku z tym uznano za zasadne powtórzenie badania, aby uzyskać aktualne dane na temat opinii polskiego społeczeństwa na temat zasadności legalizacji trwałej formy antykoncepcji jaką jest sterylizacja.

Założona koncepcja badań pozwoliła na ujęcie badanego zagadnienia w dwojaki sposób - prawny i kryminologiczny. Rozważania dogmatyczno-prawne miały na celu na syntezę i sprecyzowanie prawnego charakteru zabiegu sterylizacji na życzenie. Zastosowanie metod empirycznych przy badaniu tego zagadnienia uzasadnione było chęcią ukazania pełnego obrazu problemu. Przyjęto, że ono pozwoli na wyciągnięcie nieznanych do tej pory wniosków.

[12] E.M. Guzik-Makaruk, E. Wojewoda, M. Gąsowski, *Kilka uwag na temat prawnokarnych i kryminologicznych aspektów sterylizacji i rozwoju tzw. turystyki sterylizacyjnej*, [w:] J. Cz. Bojarski, N. Daśko, J. Lachowski, T. Oczkowski, A. Ziółkowska (red.) *Współczesne oblicza prawa karnego, prawa wykroczeń, kryminologii i polityki kryminalnej. Księga Jubileuszowa prof. Violetty Konarskiej-Wrzosek,* s. 248-262, Warszawa 2023.
[13] Opinie o dobrowolnej sterylizacji. Komunikat z badań, Warszawa 2002, https://cbos.pl/ [dostęp: 01.06.2020].

Sterylizacja na życzenie jest problemem prawnym, społecznym, socjologicznym i etycznym. Z tego powodu wymaga wielopłaszczyznowej analizy.

Do pierwszego problemu badawczego o charakterze ogólnym postawiono następujące pytania szczegółowe:

- jaki jest charakter medyczny zabiegu sterylizacji?
- jakie są podstawy przyjęcia wtórnej legalności określonych zachowań i jakie kontratypy występują w polskim prawie karnym?
- jak kształtuje się prawnokarny status zabiegu dobrowolnej sterylizacji w ustawodawstwie polskim i jakie są przesłanki jego legalności?
- jak wygląda regulacja prawna sterylizacji w systemach prawnych wybranych państw europejskich?

Tak postawione pytania szczegółowe pozwolą na pełniejszą niż dotychczas analizę prawnego charakteru sterylizacji.

Pytania szczegółowe do drugiej z ogólnych hipotez badawczych skonstruowano w sposób następujący:

- jak historycznie zmieniała się funkcja zabiegu sterylizacji pod wpływem ruchów eugenicznych?
- jaka jest opinia przedstawicieli polskiego społeczeństwa na temat sterylizacji dla wygody?
- jaka jest opinia przedstawicieli lekarzy ginekologów i andrologów na temat sterylizacji dla wygody?
- jaki jest profil statystyczny osoby poszukującej w sieci informacji na temat możliwości poddania się zabiegowi sterylizacji oraz jak kształtuje się ich aktywność w tym obszarze w Internecie?
- jak konsekwencje zabiegu oceniają osoby, które się mu poddały? Jaka była ich motywacja do poddania się temu zabiegowi?

Zaprezentowane pytania dotykają trzech ważnych w ocenie problemu sfer, a mianowicie opinii przedstawicieli ogółu populacji Polski, opinii profesjonalistów, którzy mieliby wykonywać ten zabieg oraz opinii osób, które są potencjalnie zainteresowane poddaniem się temu zabiegowi. Zdaniem autora umożliwi to wyciągnięcie wniosków, które do

tej pory nie było możliwe z powodu niewystarczającej ilości badań empirycznych nad prezentowanym problemem.

Rozdział I pracy zatytułowany „Wpływ eugeniki na sterylizację oraz rys historyczny zabiegu ubezpłodnienia", stanowi fundament dla analizy warstwy socjologiczno-prawnej przedstawionej w niniejszej pracy. Jego głównym celem jest ukazanie historycznych oraz ideologicznych korzeni zjawiska sterylizacji w kontekście rozwoju eugeniki jako ruchu społecznego i naukowego, który wywarł znaczący wpływ na polityki publiczne wielu krajów. Przedstawienie tych uwarunkowań pozwala zrozumieć, jak naukowe oraz ideologiczne koncepcje wpłynęły na regulacje prawne i praktykę medyczną w zakresie zabiegu sterylizacji.

Po pierwsze analiza rysu historycznego umożliwi uchwycenie wpływu ideologii eugenicznych na podejście do kontroli rozrodczości, zarówno w przeszłości, jak i w kontekście współczesnych debat nad prawami reprodukcyjnymi. Pozwoli to zrozumieć, jakie jest społeczne pojmowanie zabiegu sterylizacji oraz jakie budzi on skojarzenia. Po drugie w rozdziale tym poddano analizie ewolucję samego zabiegu sterylizacji – od praktyk uzasadnianych medycznie po narzędzie polityczne i społeczne, stosowane w skrajnych przypadkach przymusowo. Celem jest przedstawienie tego, jak zmieniało się przeznaczenie tego zabiegu na przestrzeni lat.

Podjęcie problematyki sterylizacji eugenicznej pozwala również uwzględnić interdyscyplinarność opisywanego zagadnienia, dając możliwość analizy sterylizacji z perspektywy różnych nauk, jak chociażby historii medycyny, filozofii czy też etyki. Znaczenie tej części pracy wynika także z potrzeby zrozumienia, w jaki sposób przeszłość wpływa na ocenę dopuszczalności sterylizacji w Polsce i innych krajach, co stanowi kluczowy element analiz, szczególnie w rozdziałach poświęconych prawnym modelom regulacji sterylizacji oraz postawom społecznym i postawom środowiska medycznego wobec tego zabiegu.

Treści zawarte w rozdziale I mają stanowić wprowadzenie i podwaliny dalszych rozważań na temat oceny statusu prawnego sterylizacji w Polsce, nadając im ramy teoretyczne i historyczne. Jest to niezbędne dla prowadzenia kompleksowej analizy sterylizacji, która obejmuje aspekty prawne, kryminologiczne, społeczne i medyczne. Dzięki temu Czytelnik zyskuje pełniejszy obraz opisywanego zagadnienia oraz ma możliwość zrozumienia wielowymiarowego charakteru prezentowanego problemu.

W rozdziale II niniejszej pracy przeanalizowano medyczne aspekty zabiegu sterylizacji, stosowane metody, przebieg procedery medycznej oraz możliwe konsekwencje zdrowotne. Ta część pracy stanowi istotne uzupełnienie socjologiczno-prawnej perspektywy niniejszej dysertacji oraz ma dać możliwość ujęcia medycznego punktu widzenia w wykładni obowiązujących przepisów prawa. Autor w niniejszym rozdziale koncentruje się na analizie medycznych uwarunkowań, wskazując na różnorodność metod sterylizacji zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn.

Podjęcie tej tematyki jest uzasadnione znaczeniem medycznych aspektów sterylizacji w debatach społecznych, prawnych i etycznych. Rozważania te poświęcono opisowi technik ubezpłodniania, takich jak wazektomia u mężczyzn czy chirurgiczne podwiązanie jajowodów u kobiet, a także różnic w zakresie ich skuteczności, odwracalności oraz wpływu na zdrowie i jakość życia. Szczególnie istotne jest ukazanie, w jaki sposób te zabiegi są postrzegane w różnych kontekstach kulturowych i społecznych oraz jak różnią się pod względem kosztów i dostępności.

Rozdział ten dostarcza także wiedzy na temat ewolucji technik sterylizacji, uwzględniając najnowsze osiągnięcia medycyny, takie jak mikrochirurgia czy zastosowanie metod wspomaganego rozrodu w sytuacjach, gdy odwrócenie skutków zabiegu okazuje się niemożliwe. Dzięki temu treści w nim zawarte stanowią nie tylko naukową podstawę do dyskusji na temat legalności i etyki zabiegów sterylizacji, ale również przyczynia się do lepszego zrozumienia społecznych konsekwencji tych działań. Poruszenie medycznych aspektów sterylizacji w tej pracy ma zatem kluczowe znaczenie, ponieważ uzupełnia ono prawną i socjologiczną analizę o techniczne i biologiczne uwarunkowania, które często stanowią fundament decyzji o podjęciu zabiegu.

W ten sposób rozdział ten stanowi integralną część kompleksowego podejścia do problematyki sterylizacji, ukazując zarówno jej potencjalne korzyści, jak i wyzwania związane z ich realizacją. Dzięki takiemu podejściu rozdział ten stanowi nie tylko naukową podstawę do dyskusji na temat legalności, ale również przyczynia się do lepszego zrozumienia społecznych konsekwencji tych działań.

Rozdział III niniejszej pracy zawiera opis norm prawnych regulujących sterylizację w polskim porządku prawnym. Jest on elementem analizy, w której stykają się kwestie ochrony praw i wolności człowieka z ograniczeniami wynikającymi z prawa karnego. Przeprowadzono

w nim analizę konstytucyjnych podstaw ochrony autonomii jednostki, w tym prawa do prywatności i wolności decyzji w sprawach związanych z rodzicielstwem oraz ich relację do regulacji uznawanych za podstawę potencjalnej penalizacji zabiegów sterylizacji. Poruszenie tej problematyki jest nieodzowne w kompleksowym podejściu do zagadnienia prawnego statusu sterylizacji. Wykładnia uwzględniająca przepisy Konstytucji ma na celu rozwiązanie problemów interpretacyjnych związanych z art. 156 § 1 Kodeksu karnego, który kwalifikuje pozbawienie zdolności płodzenia jako ciężki uszczerbek na zdrowiu. Jednocześnie próbuje pogodzić restrykcyjne regulacje prawne z konstytucyjnym prawem do ochrony życia prywatnego i rodzinnego, gwarantowanym w art. 47 Konstytucji RP. W rozdziale III poruszono także kwestie legalności sterylizacji nieterapeutycznej oraz warunków, jakie musiałyby zostać spełnione, aby była ona zgodna z obowiązującym prawem.

Zdaniem Autora pracy, wprowadzenie jasnych i spójnych regulacji w zakresie sterylizacji ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia zgodności przepisów prawa karnego z konstytucyjnymi wartościami, takimi jak autonomia jednostki i jej prawo do decydowania o swoim życiu osobistym. W tym miejscu opisano, w jaki sposób obecny system prawny kształtuje granice wolności prokreacyjnej. Wskazano także na luki w regulacjach prawnych, które mogą prowadzić do naruszenia podstawowych praw człowieka. Analiza ta stanowi istotne wsparcie dla dalszych rozważań dotyczących możliwości legalizacji sterylizacji i jej wpływu na społeczeństwo.

W rozdziale IV Autor zajmuje się szczegółową analizą problematyki kontratypów, które w polskim prawie karnym stanowią kluczowy element wyłączenia bezprawności czynów zabronionych, w tym także potencjalnie sterylizacji. Opisano tu teoretyczne podstawy koncepcji kontratypów, ich znaczenie w praktyce prawnej oraz specyfikę zastosowania takich konstrukcji w odniesieniu do czynności leczniczych, w tym zabiegów sterylizacji.

W tej części pracy Autor odniósł się do tego, w jakich okolicznościach prawo dopuszcza ingerencję w dobra prawnie chronione, takie jak zdrowie czy integralność cielesna oraz jakie warunki muszą zostać spełnione, by czyn nie był uznany za przestępstwo. W tym miejscu przeanalizowano również szczególne wymagania stawiane czynnościom leczniczym, w tym wymóg działania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, posiadanie odpowiednich uprawnień przez osobę wykonującą zabieg oraz wyrażenie świadomej, poinformowanej zgody przez pacjenta.

Zdaniem Autora pracy, analiza kontratypów w kontekście zabiegów sterylizacji jest nieodzowna dla zrozumienia, jak polski system prawny balansuje między ochroną dóbr prawnych a potrzebą elastyczności w obliczu dynamicznie zmieniających się realiów społecznych i medycznych. Szczególną uwagę poświęcono kontratypowi zabiegu medycznego oraz jego zastosowaniu w sytuacjach, gdy sterylizacja ma cel terapeutyczny, a także potencjalnej możliwości uwzględnienia innych, nieterapeutycznych uzasadnień dla wyłączenia bezprawności tego zabiegu.

Rozdział zatytułowany „Wybrane modele na tle prawnej regulacji sterylizacji w Europie", zawiera analizę regulacji prawnych dotyczących sterylizacji w wybranych państwach europejskich, co umożliwia zrozumienie różnorodności podejść legislacyjnych do tego zagadnienia. W celu lepszego zrozumienia polskich regulacji normatywnych, postanowiono przeanalizować sposób uregulowania zabiegu sterylizacji w trzech państwach europejskich, które prezentują odmienne sposoby regulowania legalności tego zabiegu. Przyjęte podejście pozwala na porównanie rozwiązań i sformułowanie wniosków zarówno *de lege lata*, jak i *de lege ferenda* dla polskiego ustawodawstwa.

W pracy wybrano trzy różne modele regulacji, które odzwierciedlają specyfikę podejścia do kwestii legalności sterylizacji: niemiecki, charakteryzujący się stosunkowo liberalnym podejściem, austriacki, opierający legalność zabiegu na spełnieniu określonych warunków oraz norweski, w którym decyzja o przeprowadzeniu sterylizacji wymaga zgody odpowiedniego organu. Analiza tych systemów pozwala na uchwycenie dyferencji w sposobie traktowania sterylizacji jako metody antykoncepcyjnej oraz jej powiązania z ochroną praw człowieka i autonomii jednostki. Wybrane do analizy ustawodawstwa reprezentują trzy sposoby regulacji, w których prawodawca określa dopuszczalność zabiegu sterylizacji. Odstąpiono od zbadania systemów prawnych, gdzie – podobnie jak w Polsce – status zabiegu jest niejasny oraz tych, gdzie zabieg ten jest wprost zakazany.

Celem analizy poczynionej w tym rozdziale było nie tylko zrozumienie różnic i podobieństw w regulacjach normatywnych poszczególnych państw, ale także wskazanie na potencjalne rozwiązania, które mogłyby znaleźć zastosowanie w polskim porządku prawnym. Szczególne znaczenie w tej dyskusji ma zachowanie równowagi między ochroną wolności jednostki a koniecznością przestrzegania wymogów prawa karnego, co wiąże się z koniecznością wyznaczenia granic ingerencji w integralność cielesną człowieka. Rozdział ten stanowi istotne uzupełnienie pracy, wskazując kierunki potencjalnych zmian legislacyjnych w

Polsce, które mogłyby przyczynić się do bardziej spójnego i dostosowanego do współczesnych realiów uregulowania kwestii sterylizacji.

W kolejnej części pracy Autor przedstawia próbę analizy społecznych opinii i postaw wobec sterylizacji w Polsce, na podstawie przeprowadzonych badań sondażowych. Przedmiotem rozważań w tym rozdziale jest ocena dopuszczalności dobrowolnej sterylizacji jako metody antykoncepcji, zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn. Uwzględnione są w nim wyniki dwóch badań przeprowadzonych przez CBOS – w 2002 roku oraz w 2024 roku – co pozwala na zaprezentowanie zmian w zakresie społecznych postaw wobec tej kwestii na przestrzeni ponad dwóch dekad.

Celem analizy przedstawionej w tym rozdziale jest nie tylko określenie, jakie poglądy dominują w polskim społeczeństwie, ale także wskazanie, jak zmiany demograficzne, społeczne i kulturowe wpłynęły na podejście do tej kontrowersyjnej metody antykoncepcyjnej. Szczególny nacisk położono na zbadanie różnic w jej akceptacji w zależności od takich czynników jak: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, dochód czy praktyki religijne.

Rozdział VI stanowi więc istotny wkład w rozważania prawne i kryminologiczne niniejszej pracy, ponieważ społeczna akceptacja lub jej brak mogą mieć znaczący wpływ na interpretację obowiązujących przepisów prawa oraz na formułowanie racjonalnych postulatów *de lege ferenda*. Analiza wyników badań pozwala lepiej zrozumieć, jakie zmiany w społecznym postrzeganiu sterylizacji mogłyby wpłynąć na ewolucję polskiego ustawodawstwa w kierunku bardziej optymalnego dostosowania go do współczesnych realiów społecznych i oczekiwań obywateli.

W rozdziale VII pracy Autor koncentruje się na analizie opinii lekarzy specjalistów na temat prawnych i społecznych aspektów sterylizacji kobiet i mężczyzn. Wyniki badań ankietowych zaprezentowane w tym rozdziale mają kluczowe znaczenie dla zrozumienia podejścia medyków do legalności i praktycznego wykonywania tego zabiegu w Polsce, a także ich percepcji ryzyka związanego z odpowiedzialnością karną i dyscyplinarną. Przeprowadzone badanie ankietowe miało na celu zdiagnozowanie tego, jak przedstawiciele środowiska lekarzy ginekologów i andrologów postrzegają status prawny sterylizacji. Rozdział ten stanowi istotny wkład w formułowanie wniosków o statusie prawnym zabiegu sterylizacji, ponieważ opinie lekarzy, jako osób bezpośrednio związanych z praktyką medyczną, mogą mieć wpływ na dalszy rozwój przepisów prawnych w tym zakresie, jak również mogą pomóc dokonać odpowiedniej

wykładni przepisów aktualnie obowiązujących. Ta część pracy dostarcza cennych danych do dalszej dyskusji na temat możliwości poprawy dostępności i legalności tej procedury w Polsce.

Rozdział VIII zawiera wyniki badań, które miały na celu zrozumienie, jak w polskim społeczeństwie postrzegana jest sterylizacja oraz jakie motywacje kierują osobami decydującymi się na ten zabieg. Ta część pracy opiera się na badaniach prowadzonych metodami analizy danych zastanych (*desk research*) oraz wywiadów eksploracyjnych z osobami, które poddały się sterylizacji. Dzięki temu uwzględniono zarówno szeroką perspektywę analizy dostępnych informacji, jak i pogłębioną refleksję nad indywidualnymi doświadczeniami.

Analiza zasobów przestrzeni internetowej (badanie *desk research*) pozwoliła na zbadanie, jak tematyka sterylizacji przedstawiana jest obecnie w dyskusjach *online*, na forach internetowych, w grupach społecznościowych oraz w opracowaniach popularnonaukowych. Podjęto również próbę określenia, w jaki sposób gabinety lekarskie w Polsce i za granicą przedstawiają swoje oferty związane z wykonywaniem zabiegów sterylizacji. Uzyskane w ten sposób dane pozwalają lepiej zrozumieć, jakie informacje są dostępne dla potencjalnych pacjentów oraz jakie są ich najczęstsze wątpliwości i kierujące nimi motywacje.

Rozdział VIII zawiera także wyniki wywiadów przeprowadzonych z osobami, które zdecydowały się na sterylizację. Dzięki tym rozmowom udało się uchwycić motywy decyzji o poddaniu się zabiegowi, ich wpływ na życie respondentów oraz ich postawy wobec regulacji prawnych w tym zakresie. Wyniki badania wzbogacają prawną i socjologiczną warstwę pracy, umożliwiając wyciągnięcie wniosków na temat społecznej potrzeby wprowadzenia jasnych i jednoznacznych regulacji prawnych dotyczących sterylizacji w Polsce.

Rozdział ten stanowi istotny wkład do całości pracy, ponieważ nie tylko przybliża realia społeczne związane z praktyką sterylizacji, ale również dostarcza danych empirycznych, które mogą posłużyć do formułowania postulatów *de lege lata* i *de lege ferenda* w zakresie regulacji prawnych tego zagadnienia. Dzięki temu ta część pracy daje asumpt do końcowej analizy, łącząc wiedzę prawną, socjologiczną i medyczną w kompleksowy obraz problematyki sterylizacji w Polsce.

Pracę wieńczy zakończenie, zawierające weryfikację i falsyfikację założonych na wstępie hipotez badawczych.

Dobrowolna sterylizacja pozostaje tematem, który balansuje na granicy wielu dziedzin – prawa, medycyny, psychologii, etyki oraz socjologii. Współczesna debata nad legalnością i akceptowalnością tej procedury ukazuje potrzebę znalezienia równowagi między ochroną autonomii jednostki a zabezpieczeniem fundamentalnych wartości społecznych, takich jak integralność cielesna i prawo do decydowania o własnym życiu. W polskim porządku prawnym zagadnienie to nadal nie znajduje jasnych i jednoznacznych rozwiązań, co prowadzi do kontrowersji zarówno wśród prawników, medyków, jak też przedstawicieli społeczeństwa.

W niniejszej pracy przedstawiono prawne i kryminologiczne aspekty zagadnienia sterylizacji. Ma ona na celu nie tylko uporządkowanie istniejącej wiedzy na ten temat, ale także przedstawienie nowych perspektyw wynikających z przeprowadzonych badań empirycznych. Kompleksowe ujęcie problematyki pozwoli nie tylko na wskazanie potencjalnych kierunków zmian legislacyjnych, ale również na zrozumienie społecznych i medycznych kontekstów, które determinują debatę o sterylizacji. Tym samym praca stanowi przyczynek do pogłębiania interdyscyplinarnego dialogu na temat prawnej i społecznej akceptacji tego zabiegu.

Rozdział I

Wpływ eugeniki na sterylizację oraz rys historyczny zabiegu ubezpłodnienia

§ 1. Wpływ rozwoju eugeniki na wykonywanie zabiegu sterylizacji

Termin „eugenika" wywodzi się z języka greckiego i bywa używany w kilku znaczeniach. Dosłownie tłumaczony na język polski będzie oznaczał „dobrze urodzony". Wskazany termin przeważnie odnosi się do powstałego w XIX nurtu stawiającego w centrum swojego zainteresowania polepszenie jakości gatunku ludzkiego. Jako autora współczesnego rozumienia pojęcia „eugenika" wskazuje się Francisca Galtona, który wykorzystał w nim darwinowską teorię ewolucji i mendlowską teorię genetyki[14]. Powstanie eugeniki związane było z przekonaniem o dominującej w życiu człowieka roli nauki. Wiara w postęp doprowadziła do przeświadczenia, że naukowe kryteria możliwe są do zastosowania w każdym aspekcie, w tym także w doskonaleniu gatunku ludzkiego[15].

Myśl eugeniczna nie pojawiała się jednak pierwszy raz w działach F. Galtona. Tendencji dbałości o siłę społeczeństwa można doszukać się już w prehistorii. Praktyki eugeniczne występowały już w niecywilizowanych społeczeństwach pierwotnych. Z uwagi na ograniczony dostęp do pożywienia grupy decydowały się na eliminowanie spośród swojego grona osobników słabszych – czy to wątłych dzieci czy schorowanych starców. Szczególnie wśród ludów koczowniczych dbano w ten sposób o przetrwanie grupy. Osoby słabe były obciążeniem przy przemieszczaniu się, a także uczestnicząc w posiłkach osłabiały szanse na znalezienie większej ilości pokarmu silnym członkom wspólnoty. W pewnych kulturach praktyki dzieciobójstwa były związane również z wierzeniami religijnymi. Można przywołać dzieciobójstwo ludów Półwyspu Indyjskiego polegające na składaniu dzieci w ofierze i topieniu ich rzece Ganges - ten rodzaj zabijania cechował się dbałością o sferę *sacrum*[16].

[14] R. Tokarczyk, *Prawa narodzin, życia i śmierci,* Warszawa 2012, s. 162.
[15] A. Jabosze, *Eugenika jako próba naukowego rozwiązania problemu niepełnosprawności*, MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE MP DRAHOMANOV NATIONAL UNIVERSITY OF PEDAGOGY 2019 nr 114, s. 117.
[16] M. Musielak, *Sterylizacja ze względów eugenicznych w Stanach Zjednoczonych, Niemczech i w Polsce (1899-1945)*, Poznań 2008, s. 20.

Założenia myśli eugenicznych pojawiały się także wśród społeczności greckich oraz rzymskich. Spartanie jako lud znany ze znakomitych wojowników dbali, aby przedstawiciele ich populacji byli zdrowi i odważni. Zgodnie z dyrektywami legendarnego króla Sparty Likurga do zawierania związków małżeńskich byli dopuszczeni jedynie silni członkowie społeczności, co miało gwarantować narodzenie zdrowych dzieci. Za mechanizmami eugenicznymi opowiadał się także grecki filozof Arystoteles. Postulował on porzucanie dzieci upośledzonych oraz aborcję w przypadku nadliczebnego potomstwa[17]. Aborcja miała być dokonywana w okresie ciąży, w którym, według ówczesnego stanu wiedzy, płód nie jest jeszcze w stanie odczuwać bólu[18].

W rozważaniach o państwie Platona przekonuje on, że ludzie o słabym ciele, i „duszach o złej naturze" powinny zostać skazani na śmierć. Jest to zatem więc eugeniczne myślenie zakładające segregację ludzi na mocniejszych, mogących przysłużyć się społeczności oraz słabszych, którzy dla jej dobra powinni umrzeć[19]. Ponadto zalecał, aby przedstawiciele klas rządzących zawierali „rozsądne związki" i wchodzili w stan małżeński dopiero w dojrzałym wieku, który w jego czasach oznaczał około 25 lat dla mężczyzny i 20 lat dla kobiety. Natomiast gorsi przedstawiciele społeczności powinni powstrzymać się od płodzenia potomstwa[20].

Pojęcie doskonałości człowieka, głęboko zakorzenione w filozofii XVIII wieku, wpłynęło na rozwój eugeniki. Nauka ta postawiła sobie za zadanie umożliwienie zapobiegania dekoncentracji najbardziej wartościowych cech skumulowanych przez ludzi. Możliwe drogi do ustalonego celu odzwierciedlały się w podziale na eugenikę pozytywną i negatywną[21].

Eugenika w swojej pozytywnej odmianie zmierzała do zachęcenia ku prokreacji osób posiadających cechy postrzeganych za pożądane. Jej założenia opierały się więc na zmobilizowaniu określonej grupy do posiadania potomstwa, a działania mobilizacyjne przybierały rozmaite formy. Można tu wskazać wspieranie matek, wprowadzenie finansowego wsparcia w postaci dodatku rodzicielskiego, zachęcanie do prokreacji osób o pożądanych przez eugeników cechach, a w skrajnych przypadkach nawet aranżowanie par małżeństw w celu wydania przez nie na świat potomstwa[22]. Wskazywano także, że nie jest pożądane tworzenie

[17] M. Musielak, *Sterylizacja…,* s. 21-22.
[18] J. Vetulani, *Kiedy emocje kłócą się z rozsądkiem. Zachowania korzystne dla gatunku, budzące zastrzeżenia moralne. Część I. Eugenika*, Wszechświat. Pismo przyrodnicze 2016, nr 117, *s. 44*
[19] J. Binnebesel, D. Baczała, P. Błajet, *Eugenika – aspekty historyczne, biologiczne i edukacyjne*, Studia edykacyjne 2019, nr 52, s.140.
[20] J. Vetulani, *Kiedy emocje kłócą się z rozsądkiem…*, s.44.
[21] Ibidem, s. 163.
[22] K. Marulewska, *Eugenika w świetle idei postępu. Rozważania wokół fundamentów filozoficznych*, Dialogi Polityczne 2008, nr 10, s.72.

związków osób z grupy uważanej za wartościową z tymi z uważanej za mniej wartościową. Można tu wskazać na poglądy Charlesa Richet'a, który postulował dbałość o czystość rasy białej i niemieszanie krwi przedstawicieli tej rasy z przedstawicielami „z niższych ras"[23].

Istotnym elementem przy tych działaniach była edukacja seksualna, szeroko prowadzona w Kanadzie oraz Stanach Zjednoczonych. Do początku XX wieku rozmowy o seksualności, chorobach wenerycznych czy antykoncepcji były obszarem przesądów i tabu, wynikających z tradycji kulturowych. Zwolennicy eugeniki postanowili, aby w dyskusje nad współżyciem seksualnym wprowadzić aspekty medycznej wiedzy[24].

Zaproponowana przez eugeników chęć publicznej debaty nad tą intymną sferą życia ludzkiego mogła zostać odczytywana jako zamach na purytańskie wartości. Szybko jednak tego typu wątpliwości zostały rozwiane, bowiem edukacja seksualna w zaproponowanym wydaniu zakładała podporządkowanie sfery prokreacyjnej potrzebom ogółu, przedstawiając jednocześnie aspekt popędu i przyjemności seksualnej w kategoriach dewiacyjnych. Rozwój wiedzy naukowej był wykorzystywany w celach kontroli prokreacji. Równocześnie prowadzono badania nad patologiami seksualnymi, za które uważano ówcześnie masturbację, fantazje seksualne czy nadmierny popęd do współżycia seksualnego. Grupą ryzyka tymi patologiami były głównie kobiety oraz młodzież, co determinowała ich emocjonalność i infantylność. Zauważono bowiem, że pozostawienie seksualności w sferze przesądów i sekretów doprowadziło do ryzykownych zachowań seksualnych, których pokłosiem były epidemie chorób wenerycznych, rozpad małżeństwa czy niemoralność[25].

Propagowana przez eugeników edukacja seksualna miała wyeliminować pożądanie i przyjemność z dyskusji nad sferą seksualną, gdyż były one uważane za przyczyny niepożądanych zachowań seksualnych zagrażających społeczeństwu. Stosunek seksualny z założenie miał być poporządkowany celowi prokreacyjnemu. Był postrzegany jako mechaniczna czynność zredukowana do zapłodnienia kobiety przez mężczyznę. Wykorzystywane do tego były aseksualne „historyjki o pszczołach" niewywołujące u słuchacza napięcia seksualnego. Jednocześnie sugerowano, że jedną formą seksu nie niosącą ze sobą zgubnych skutków jest heteroseksualne współżycie między małżonkami. Każda inna forma ekspresji seksualnej była przedstawiana jako obarczona ryzykiem utraty zdrowia fizycznego i

[23] J. Binnebesel, D. Baczała, P. Błajet, *Eugenika – aspekty historyczne, biologiczne i edukacyjne*, Studia edukacyjne 2019, nr 52, s.114.
[24] Ł. Albański, M. Krywult-Albańska, *Seks, nauka i czystość rasy: jak ruch eugeniczny za oceanem chciał stworzyć społeczeństwo doskonałych jednostek*, Nowiny Lekarskie 2011, nr 80, s.409.
[25] Ibidem.

psychicznego. Powiązywanie chorób psychicznych z orientacją seksualną pacjenta stało się głównym punktem zainteresowania psychiatrii amerykańskiej. Dało to asumpt do używania sterylizacji do leczenia osób ze skłonnościami do agresji czy masturbacji[26].

Mimo, że edukacja seksualna miała pozbawić sferę płciowości przesądów i tabu to była jednocześnie przepełniona patosem i odwołaniami do tradycyjnej moralności religijnej. Zajęcia przeprowadzały przeszkolone pielęgniarki w średnim wieku, co miało dodatkowo zapobiec możliwości powstania napięcia seksualnego przez prezentowane treści. Treści edukacyjne przeplatały ze sobą żargon medyczny i cytaty z Pisma Świętego, co miało tworzyć przekonanie, iż eugenika stoi na straży zarówno zdrowia jak i moralności[27].

Związki eugeniczne organizowały spotkania otwarte, seminaria i wykłady poświęcone edukacji seksualnej. Podczas tych spotkań gromadzono informacje mające służyć wytypowaniu młodych par, których potomstwo byłoby pożądane z eugenicznego punktu widzenia. Zachętą miała być pomoc finansowa obiecana w przypadku sprowadzenia na świat potomstwa oraz tworzenie wśród młodych osób przekonania, że prokreacja jest ich etycznym obowiązkiem wobec narodu oraz całej rasy ludzkiej. Oczywiste jest to, że obowiązek ten dotyczył wyłącznie osób posiadających pożądaną pulę genów[28].

Zwolennicy eugeniki pozytywnej wykorzystywali szereg manipulacji mających przyczynić się do urodzeń dzieci o lepszej gamie genetycznej. Przekonywano do aktywności rozrodczej osoby posiadające cechy uważane za wartościowe. Sceptycy zarzucali takim praktykom zbyt utopijne i nierealistyczne podejście. Cel uważano za jak najbardziej możliwy do osiągnięcia i pożądany, lecz nie za pomocą wyłącznie instrumentów eugeniki pozytywnej[29].

Dopełnieniem myśli eugenicznej miała być eugenika negatywna bazująca na ograniczeniu prokreacji, a w skrajnych przypadkach także eksterminacji osób uważanych za „mało wartościowe". W ramach tego ruchu postulowano utrudnienia w zawieraniu małżeństw przez określone grupy społeczne, a także legalizację sterylizacji i kastracji. Z uwagi na poziom rozwoju genetyki środowiska naukowe nie zawsze prawidłowo oceniały jakie cechy ulegają dziedziczeniu a jakie nie. Trwały badania nad wpływem nie tylko genów, ale także czynników środowiskowych na zachowanie człowieka. Do „dziedzicznych degeneratów" zaliczano m.in.:

[26] Ibidem, s. 409-410.
[27] Ibidem, s. 410.
[28] M. Musielak, *Sterylizacja…*, s.45.
[29] E.A. Kaniuk, *Eugenika w doktrynie nazizmu*, Acta Universitatis Lodziensis. Folia Historica, 2013, nr 90, s. 157-158.

osoby uzależnione od alkoholu, prostytutki, epileptyków, upośledzonych umysłowo czy obłąkanych[30].

Szczególnie zaawansowany proces selekcji rasowej powstał w hitlerowskich Niemczech. Celem przyświecającym działaniom władzy była zmiana struktury etnicznej w okupowanych krajach Europy Zachodniej i Wschodniej. Zgodnie z tym założeniem „niepożądani pod względem rasowym" mieli zostać usunięci bądź poprzez wywózkę na wschód bądź poprzez eksterminację na miejscu[31].

Proces segregacji rasowej był tam na tyle zawansowany, że powstawały specjalne urzędy temu służące. Jako przykład można wskazać około 500 ekspertów pracujących jako selekcjonerzy SS. Pełnili oni funkcję oficerów ds. rasy i osadnictwa przy SS w Rzeszy i okupowanej Europie. Zastosowana procedura dawała pozorne podstawy racjonalności polityce eksterminacji i zagłady. Wspomniani eksperci zajmowali się selekcją rasową w wielu aspektach. Zajmowali się oni również selekcją rasową kandydatów do SS. Wymagania rasowe, które należało spełnić, aby móc wstąpić do tego „zakonu Himmlera" były niezwykle wysokie. Druga strona działalności procesu selekcji opierała się na wartościowaniu ludności na terenach zaaneksowanych przez Rzeszę. Na podstawie kryteriów takich jak wzrost, kolor oczu czy włosów, kształt nosa, głowy i ust decydowano kto może zostać „uznanym za Niemca", kto zostanie skierowany do pracy jako „siła robocza", a kto zostanie za segregowany do zgładzenia[32].

Współczesne rozumienie terminu „eugenika" jest zbieżne z pojmowaniem go przez Galtona. Definiował on to pojęcie jako zbiór poglądów i praktyk nastawionych na poprawę jakości genetycznej populacji ludzkiej. Podobną teorie przedstawiał jeden z założycieli Amerykańskiego Towarzystwa Eugenicznego – Friderik Osborn. Traktował on eugenikę jako pewnego rodzaju filozofię społeczną zainteresowaną poprawą cech genetycznych ludzkości poprzez promowanie prokreacji osób posiadających cechy pożądane (eugenika pozytywna) oraz zniechęcenie do posiadania potomstwa lub sterylizację osób o cechach uznawanych za niekorzystne (eugenika negatywna)[33].

[30] R. Tokarczyk, *Prawa narodzin…, s. 164.*
[31] I. Heinemann, *Rasa, ziemia, niemiecka krew. Główny Urząd Rasy i Osadnictwa SS i nowy porządek rasowy Europy*, Gdańsk 2014, s. 11-12.
[32] I. Heinemann, *Rasa, ziemia, niemiecka krew…,* s. 13-14.
[33] J. Vetulani, *Kiedy emocje kłócą się z rozsądkiem…, s.44.*

Studiując dostępną literaturę dotyczącą eugeniki w hitlerowskiej Rzeszy można dojść do wniosku, że była ona jedynie ideologicznym usprawiedliwieniem rasistowskiego mordowania milionów ludzi. Jednak koncepcja „rasy" nie towarzyszyła jej od początku.

Gdy Europejczycy odkrywali nowe lądy zauważali, że tamtejsza ludność różni się od nich pod względem zabarwienia skóry, oczu czy włosów. Bardziej jednak od cech fizycznych interesowały ich odmienne praktyki kulturowe czy religijne zastanych społeczności. Dopiero w momencie założenia ogromnych kolonii na terenach obu Ameryk i zmuszanie tamtejszej rdzennej ludności do ciężkiej i niewolniczej pracy zaczęto mówić również o różnicach fizycznych. W XVI wieku w języku angielskim pojawiło się słowo *race*, zaś niemiecki odpowiednik *Rasse* odnotowany został dopiero dwa wieki później[34].

Słowo „rasa" było używane niejednoznacznie. Z jednej strony określano nim całą społeczność – „rasa ludzka", a z drugiej używano go do odróżnienia ludzi o innych cechach fizycznych. Rasa aryjska, zwana także rasą panów, została wyodrębniona podczas badań naukowych prowadzonych w XVIII wieku w Anglii. Mianem aryjczyków określano osoby o cechach takich jak szczupła, umięśniona sylwetka, jasne włosy i niebieskie oczy. Z tymi cechami fizycznymi miały być sprzężone przymioty emocjonalne i duchowe takie jak odwaga, pewność siebie, wysoka inteligencja oraz talenty wojenne. Początkowo wyodrębnienie jej miało raczej charakter klasyfikacyjny, a swojego rasistowskiego i toksycznego charakteru nabrało dopiero pod koniec XIX wieku[35].

Oceniając eugenikę z perspektywy wydarzeń historycznym z jednej strony można zauważyć, że przyczyniła się do wzmożonych badań nad genetyką, dziedziczeniem czy wpływem środowiska na kształtowanie cech człowieka. Jej ciemna strona to segregacja rasowa i masowa eksterminacja. Należy zastanowić się jednak jakie poglądy naukowe wpłynęły na ruchy eugeniczne, a także jak następnie te ruchy wpływały na naukę.

[34] H. Pringle, *Plan rasy panów. Instytut Himmlera a Holocaust*, Poznań 2009, s. 31.
[35] Ibidem, s. 31-39.

§ 2. Czynniki naukowe wpływające na rozwój eugeniki

Rozwój nauk przyrodniczych spowodował zmiany w całościowym oglądzie świata. Prowadzone badania empiryczne dostarczały coraz bardziej szczegółowe informacje uzasadniając sfery pozostające dotychczas w cieniu tajemnicy. Rozkwit biologii, medycyny, socjologii i antropologii sprzyjał nowemu spojrzeniu na ludzkość, jej pochodzenie oraz rozwój. Powstanie teorii ewolucji, pojawiające się nowe koncepcje antropologiczne, postęp w medycynie zaobserwowany m.in. poprzez powstawanie pierwszych szpitali psychiatrycznych czy też rozwój nauk o Ziemi, w tym geologii, stanowiły inspirację do tworzenia koncepcji eugenicznych[36].

Niewątpliwy wpływ na kształtowanie się ruchów eugenicznych miała sformułowana przez Jeana Baptiste'a Lamarcka teoria ewolucji. Zakładała ona, że organizmy przystosują się do środowiska pod wpływem jego oddziaływania. Nowe cechy umożliwiające adaptacje miały być przekazywane potomstwu. Według teorii Lamarcka wpływ na adaptację organizmów miało nie tylko otoczenie, lecz także krzyżowanie się form życia oraz używanie lub zaniechanie używania gatunków. Twierdził, że narządy używane poprawiają swoją jakość, natomiast te nieużywane osłabiają się i w efekcie mogą w ogóle zaniknąć. Polepszone cechy mają być przekazywane potomstwu i w każdym pokoleniu ulegać jeszcze większej poprawie[37].

Zgodnie z teorią francuskiego biologa organizmy stale dążą do doskonalenia swojej budowy i coraz większego szczebla organizacji. Dziedziczenie cech nabytych jest niewielkim przekształceniem w poszczególnych szczeblach organizacji. Dlatego też wzmacnianie używanych narządów oraz osłabianie nieużywanych jest przekazywane kolejnym pokoleniom w procesie rozmnażania się[38].

Kolejną koncepcją wywierającą nacisk na kształtowanie się ruchów eugenicznych była teoria ewolucji Karola Darwina. Warto zaznaczyć, że wpłynęła ona nie tylko na eugenikę, lecz na całą ówczesną opinie społeczną. Teorie wyłożona w dziele „O powstaniu gatunków drogą doboru naturalnego, czyli o utrzymaniu się doskonalszych ras istot organicznych w walce o byt" zakładająca wywodzenie się wszystkich form życia od nielicznych form pierwotnych mocno uderzała w zakorzenione w społeczeństwie teorie kreacjonistyczne. Rewolucyjny

[36] I. Sugalska, *Eugenika. W poszukiwaniu istoty niemieckiego totalitaryzmu*, Poznań 2015, s. 38-39.
[37] Ibidem, s. 42.
[38] A. Bodył, *Czy Lamarck miał racje? Kilka uwag o dziedziczeniu cech nabytych*, Kosmos 1994, nr 43(2), s. 214-215.

pogląd Darwina stał się pewnego rodzaju wzorcem do badania i opisu wielu dziedzin rzeczywistości, w tym także człowieka[39].

W swojej teorii K. Darwin bezpośrednio nawiązywał do koncepcji J. B. Lamarcka. Obaj biolodzy zgadzali się ze sobą w tym, że wszystkie gatunki, w tym gatunek ludzki, pochodzą od innych gatunków, a zmiany w świecie organicznym i nieorganicznym są efektem określonych praw[40]. W swoim dziele Darwin wiele miejsca poświęcił mechanizmom doboru naturalnego, dzięki któremu gatunki chronią się przed wyginięciem. Zgodnie z tym założeniem przedstawiciele wszystkich gatunków dążą do wydania na świat większej liczby potomstwa niż jest w stanie przeżyć. Znaczna część z nich ginie, np. z powodu braku odpowiedniej ilości pożywienia, a przeżywają najsilniejsze osobniki. Najsilniejsze osobniki przekazują potomstwu najkorzystniejsze cechy pomagające przeżyć, co w efekcie prowadzi do doskonalenia przedstawicieli tego gatunku. U ludzi pod wpływem kulturowym wykształciły się postawy altruistyczne, co zastopowało polepszanie się gatunku. Darwin twierdził, że opieka nad słabszymi i ułomnymi warunkowana jest nieznajomością praw selekcji i doboru. Brytyjski badacz zaznacza, że choć pomaganie słabszym i niedołężnym powstrzymuje poprawę gatunku, to rezygnacja z tego spowodowałaby utratę czegoś bardziej cennego – moralności[41].

Na tym etapie rozważań warto wspomnieć znaczące prace pioniera genetyki - Grzegorza Mendla. W swoich doświadczeniach nad dziedziczeniem wykorzystywał samozapładniający się groszek ogrodowy. Obserwując dziedziczone cechy zauważył, że krzyżowanie roślin z czerwonymi i białymi kwiatami nie powstają kwiaty o pośrednim kolorze, lecz w następnym pokoleniu pojawia się określony procent roślin z całkowicie białymi kwiatami. Oznacza to, że kolor kwiatu musi być zdeterminowany przez specjalne cząsteczki, więc niezależnie od siebie istnieją geny „kwiatów czerwonych" i „kwiatów białych". Uszczegóławiając, należy przypomnieć, że Mendel obserwował głównie cechy nasion wspomnianych roślin, lecz kolor kwiatów zdaje się lepszym przykładem do opisywania. Następnie w 1900 roku trzy laboratoria niezależnie od siebie potwierdziły prawa Mendla. Jednostki dziedziczności nazwane zostały genami. Spowodowało to gwałtowny rozwój genetyki i dało bodziec do dalszych badań nad DNA[42].

[39] I. Sugalska, *Eugenika. W poszukiwaniu…,* s. 45
[40] K. Łastowski, *Dwieście lat idei ewolucji w biologii. Lamarck – Darwin – Wallace*, Kosmos 2009, nr 3-4, s. 263-264.
[41] I. Sugalska, *Eugenika. W poszukiwaniu…,* s. 46-47.
[42] W. Szybalski, *Rewolucja genetyczna na przełomie XX i XXI wieku*, Kosmos 2000, nr 43, s. 386.

Prócz rozwoju nauk przyrodniczych na kształtowanie się eugeniki wpływ miały także teorie o degeneracji gatunku ludzkiego. W XVIII w. podzielono wyróżniano degeneracje na ekonomiczną, fizjologiczną oraz umysłową.

W myśl degeneracji ekonomicznej biedni nie byli w stanie poprawić swojej sytuacji finansowej. Ludzie ubodzy byli traktowanie jako odrębna grupa społeczna a występowanie zjawiska ubóstwa miało być sprzężone z rosnącą liczbą ludności. W tym kontekście równowagę społeczną miały przywracać czynniki obniżające liczebność populacji takie jak nędza, wojny czy epidemie. Szerokie dyskusje nad degeneracją fizjologiczną prowadzono w XVIII-wiecznej Anglii. Za jej przyczynę powszechnie uważano masturbację. Panowało przekonanie, że utrata nasienia albo wstrząsy organizmu wpływają negatywnie na system nerwowy i prowadzą do występowania chorób fizycznych i psychicznych. Degeneracją fizjologiczną miały być również choroby zawodowe i alkoholizm, które wyniszczają organizm człowieka[43].

W Europie dużą doniosłością cieszyły się prace włoskiego profesora medycyny sądowej Cesarego Lombroso. Bazował on na teorii ewolucji K. Darwina. Zgodnie z tym odróżniał przestępców z urodzenia (tzw. człowiek-zbrodniarz) od reszty społeczeństwa. Zakładał, że ta wybrana grupa społeczna nie zdołała ewoluować i jest prymitywna w stosunku do pozostałej populacji. Urodzeni przestępcy mieli być mniej wrażliwi na ból i nie posiadać zahamowani moralnych. Lombroso opracował także listę cech anatomicznych, które miały cechować przestępców. Wskazywał na anormalny kształt czaszki, wyraziste kości żuchwy czy słabo wykształcone zwoje mózgowe[44].

W dalszych badaniach nad przestępcami C. Lombroso uwzględnił czynniki środowiskowe. Wynikiem tego był podział przestępców według typów. Obok przestępców z urodzenia wyróżniał przestępców z przypadku, których do popełniania przestępstwa skłoniła stosowna okazja, przestępców nałogowych oraz afektywnych, popełniających przestępstwa z namiętności. Urodzeni przestępcy zgodnie z tą teorią mieli być predystynowani do popełniania przestępstw i nie byli w stanie uciec temu przeznaczeniu. W związku z tym postulował izolację tej grupy od reszty społeczeństwa, a w skrajnych wypadkach także uśmiercanie ich. To

[43] Ibidem.
[44] E.W. Pływaczewski, E. Jurgielewicz-Delegacz, *Teorie kryminologiczne* [w:] E. W. Pływaczewski, S. Redo, E.M. Guzik-Makaruk, K. Laskowska, W. Filipkowski, E. Glińska, E. Jurgielewicz-Delegacz, M. Perkowska, *Kryminologia. Stan i perspektywy rozwoju,* Warszawa 2019, s. 245-246.

nastawienie stało się w późniejszym czasie uzasadnieniem do wykonywania zabiegów kastracji i sterylizacji[45].

Rozwój nauki a w szczególności powstanie teorii ewolucji pozwoliło na utworzenie etycznych podstaw eugeniki. Zrodziło się założenie, że określone zasady moralne można wyprowadzić z odkrywanych praw życia. Zgodnie z tym stanowiskiem natura determinuje pewne procesy. Działania sprzeczne ze wspomnianymi prawami natury wydawały się niemożliwe do utrzymania i musiały w końcu skończyć się fiaskiem. Dlatego też uwarunkowanie zasad moralnych od praw biologii dawało im trwałość i uniwersalność[46].

Na teorii ewolucji swoją koncepcje etyczną zbudował Herbert Spencer. Zaproponowany przez niego system etyczny zakładał wyższość dobra ogółu nad szczęściem indywidualnej jednostki. „Dobro ogółu" zastąpiło używane przez niektóre koncepcje utylitarne pojęcie sumy szczęścia na świecie. Pojęcie to odnosiło się do dobra gatunku ludzkiego i uzyskiwało prymat nad szczęściem jednostki. Gdy Darwin rozumiał ewolucje jako przekształcanie się form przyrody w sposób bliżej niezdeterminowany, zależny w pewnej mierze od przypadku to Spencer postrzegał ewolucję jako postęp[47].

Takie podejście doprowadziło do sytuacji, w której w sprawach małżeńskich dobro rasy zostało stawiane wyżej niż dobro indywidualne małżonków. Spencer zakładał, że w konflikcie między dobrem gatunku a dobrem indywidualnym należy dać pierwszeństwo dobru gatunku. Uzasadniając to dodawał, że podążanie za dobrem indywidualnym może dać szczęście danej parze w małżeństwie, lecz jednocześnie może doprowadzić do wyginięcia lub osłabienia rasy[48].

Lata 20. i 30. XX wieku przyniosły radykalizację eugeniki rasowej i rozszerzania się ustawodawstwa sterylizacyjnego. W 1928 roku w szwedzkim kantonie Waadt po raz pierwszy w Europie wprowadzono przymusową sterylizację ze względów eugenicznych. W pozostałych kantonach Szwecji sterylizacja odbywała się na zasadzie dobrowolności. Tu jednak można wskazać na pewien dylemat, przed którym stawała tamtejsza ludność. W przypadku osób z cechami uważanymi za niepożądane zgoda na sterylizacje była warunkiem możliwości

[45] Ibidem, s. 247.
[46] A. Strządała, *Od Galtona do Watsona. Przemiany pojmowania eugeniki w XIX i w XX wieku*, Opole 2010, s. 143.
[47] Ibidem, s. 144-145.
[48] Ibidem, 147.

zawarcia małżeństwa. Zatem „dobrowolność" sterylizacji w tych regionach zdaje się być w pewien sposób nieprecyzyjnym określeniem[49].

§ 3. Sterylizacja jako instrument eugeniki na świecie i w Polsce

Za pionierów sterylizacji u mężczyzn uważa się Karla Gustawa Lennandera (Szwecja) oraz Albert John Ochsnera (USA). Pierwszy z wymienionych lekarzy dokonywał prób podwiązania nasieniowodów, które odnotowano już w 1785 roku Amerykański medyk natomiast w 1898 roku na łamach jednego z czasopism zaproponował metodę sterylizacji mężczyzn, polegającą na obustronnym przecięciu nasieniowodów. Po zapoznaniu się ze wspomnianym artykułem pierwszy zabiegu sterylizacji męskiej w postaci wazektomii dokonał Harry Clay Sharp. Był on lekarzem w więzieniu *Indiana Reformatory* (USA) gdzie zajmował się „leczeniem" z nałogu masturbacji. Pierwszy w historii tego typu zabieg został przeprowadzony w 1899 roku na dziewiętnastoletnim pensjonariuszu więzienia. Lekarz opisał go jako niezwykle prosty. Został przeprowadzony bez znieczulenia i trwał zaledwie trzy minuty[50].

M. Musielak wskazuje, że można znaleźć informacje o przeprowadzeniu zabiegu sterylizacji kobiety przy okazji cesarskiego cięcia z 1823 roku Przeprowadzić miał go, angielski lekarz James Blundell. Jak uznaje Musielak fakt przeprowadzenia rzeczonego zabiegu jest kwestią sporną. Prawie sześćdziesiąt lat później, w 1880 roku szwedzki lekarz S. S. Lungren dokonał podwiązania jajowodów u kobiety, a zabieg ten powtórzony został w 1897 roku przez Ferdunanda Adalberta Kehrera – lekarza z Heidelburga (Niemcy)[51]. Można więc zauważyć, że zabieg ten pierwszy raz był przeprowadzony wcześniej niż jego odpowiednik stosowany wobec mężczyzn, mimo, że jest bardziej skomplikowany. Może być to uwarunkowane wzmożonym zainteresowaniem ubezpłodnienia kobiet w sytuacjach, gdy ciąża mogłaby zagrozić życiu kobiety.

W. Grzywo-Dąbrowski zauważa zmianę postrzegania sterylizacji przed i po I wojnie światowej. Przed wojną zagadnieniem tym interesowali się praktycznie wyłącznie lekarze, a przyczyną tego zainteresowania były względy medyczne np. stosowanie sterylizacji przy schorzeniach narządów płciowych. Po wojnie zaczęto dostrzegać możliwość wykorzystania

[49] P. Madajczyk, *Marzenie o narodzie doskonałym. Między biopolityką a enopolityką*, Warszawa 2017, s. 185.
[50] M. Musielak, *Sterylizacja…,* s. 64-65.
[51] Ibidem, s. 64.

tego zabiegu w szerszym niż medyczny kontekst, a mianowicie jako szansę na polepszenie rasy ludzkiej, którą wojna mocno pogorszyła[52]. Wspomniany lekarz zauważał, że podczas wojny zmarło wiele młodych, zdrowych osób, co mogło przyczynić się do „pogorszenia rasy". Wobec tego postulował stosowanie kastracji[53] w stosunku do osób o nadmiernym lub odbiegającym od przyjętych norm popędzie płciowym, który to może być niebezpieczny dla otoczenie i powodować wchodzenie w konflikt z prawem. Sterylizacja, zdaniem Grzywo-Dąbrowskiego, miała być stosowana wobec osób ciężko i nieuleczalnie chorych, gdy istniało duże prawdopodobieństwo, że choroba ta zostanie przekazana kolejnemu pokoleniu[54].

Zmiany w postrzeganiu zabiegu sterylizacji doprowadziły do określenia innego niż przed wojną grona podmiotów, które powinny się mu poddać. Obok wskazań medycznych zaczęto coraz częściej zaznaczać poważną wagę argumentów eugenicznych.

Założenia teoretyczne eugeniki doprowadziły do powstania regulacji prawnych. Jako przykład takich działań można wskazać Stany Zjednoczone. Pod koniec lat dwudziestych XX wieku prawo sterylizacyjne zostało wprowadzone w dwudziestu stanach USA. Do 1933 roku w stanie Kalifornia wykonano najwięcej tego typu zabiegów medycznych. Ponadto trzeba zaznaczyć, że ówcześnie we wspomnianym stanie wykonano więcej zabiegów ubezpłodnienia ze względów eugenicznych niż w pozostałych stanach łącznie[55].

Pierwszym stanem, w którym ruch eugeniczny doprowadził do uchwalenia prawa sterylizacyjnego była Indiana. Do I wojny światowej dobrowolną lub przymusową sterylizację wprowadzono w 8 stanach, w okresie od jej zakończenia do 1925 roku zrobiono to w 9 stanach, a w latach kryzysu ekonomicznego przypadającego na 1929-1932 takie prawo wprowadzono w kolejnych 7 stanach. Do 1939 roku prawo sterylizacyjne wprowadzono lub poczyniono ku temu kroki w 30 stanach[56].

[52] W. Grzywo-Dąbrowski, Zagadnienie sterylizacji, „Lekarz Polski" 1934, roku X, nr 6, s. 122.
[53] W. Grzywo-Dąbrowski w artykule „Sterylizacja i Kastracja z punktu widzenia lekarskiego, eugenicznego i prawnego" opublikowanego w czasopiśmie „Zdrowie publiczne" w 1936 roku definiuje kastrację i sterylizację. Za kastrację uważa zabieg polegający na usunięciu gruczołów płciowych, przez co pacjent pozbawiony jest zdolności płodzenia; wiąże się najczęściej z obniżeniem lub usunięciem popędu płciowego oraz w przypadku mężczyzn uniemożliwia podjęcie współżycia. Sterylizacją określał zabieg pozbawienia możliwości zapłodnienia czy zachowaniu zdolności do podejmowania współżycia oraz przy zachowaniu popędu płciowego.
[54] K. Prętki, Problematyka przerywania ciąży, sterylizacji i kastracji w ujęciu Wiktora Grzywno-Dąbrowskiego (1885-1968) [w:] A. Szlagowska, Problemy zdrowia reprodukcyjnego kobiet. Tom 3. Zdrowie reprodukcyjne w kontekście zmian społeczno-kulturowych na przestrzeni wieków, Wrocław 2020 r., s.287-288.
[55] D.J. Kevles, *Eugenics and human rights*, *BMJ 199*, nr *319*(7207), 435-438.
[56] M. Musielak, Sterylizacja…, s. 137.

Skala przeprowadzania tego zabiegu w Stanach Zjednoczonych jest dość precyzyjnie znana, z uwagi na dane udostępniane przez organizacje i agendy eugeniczne. W całych USA do roku 1945 przeprowadzono 45 127 takich zabiegów. Jak zostało wspomniane wyżej, najwięcej zabiegów sterylizacji przeprowadzono w stanie Kalifornia i do 1945 było to 17 735 zabiegów, co stanowi 39 % wszystkich przeprowadzonych zabiegów. Drugim pod względem liczebności zabiegów jest stan Virginia – 4 958. Poza tym jeszcze w trzech stanach przeprowadzono ponad 2000 takich zabiegów – Kansas, Michigan, Minnesota, a w pozostałych stanach były to już mniejsze liczby[57].

Do roku 1941 największą grupą poddawaną sterylizacji w Stanach Zjednoczonych były osoby chore psychicznie. Było to uwarunkowane m.in. względami ekonomicznymi – po przeprowadzeniu zabiegu sterylizacji osoby chore psychicznie mogły opuścić ośrodki opieki, bowiem były na tyle sprawne, aby móc samodzielnie funkcjonować w społeczeństwie. Dzięki temu zwiększała się liczba wolnych miejsc w tych placówkach dla osób o wysokim stopniu upośledzenia, którzy w większym stopniu potrzebowali opieki w ośrodku[58].

Dane pochodzące z 1 stycznia 1946 roku obrazują zmianę tej tendencji – w grupie osób poddawanych zabiegowi sterylizacji największą część zaczęły zajmować osoby upośledzone umysłowo. Było to zdeterminowane przez przeświadczenie, że takie osoby nie będą w stanie sprawować opieki nad dziećmi, a ich ubezpłodnienie zapobiegnie państwowemu nakładowi środków finansowych na sprawowanie opieki nad ich potomstwem[59].

W roku 1929 wprowadzono w Danii ustawę sterylizacyjną, która wymagała zgody pacjenta na przeprowadzenie zabiegu, w sytuacji, gdy ograniczenie prokreacji było uzasadnione dobrem ogółu. Dania była pierwszym państwem europejskim, które wprowadziło sterylizację ze względów eugenicznych. Prawo to zostało zaostrzone w 1934 roku i zgoda na sterylizację przestała być wymagana. W ślad Danii poszły Szwecja, Norwegia i Finlandia[60].

Pierwsza wersja duńskiej ustawy sterylizacyjnej uchwalona 1 czerwca 1929 roku dopuszczał przeprowadzenie zabiegu ubezwładnienia w sytuacji, gdy „ograniczenie prokreacji jest bardzo ważne dla społeczeństwa”[61]. Osoby, wobec których można było przeprowadzić ten zabieg ustawa dzieliła na dwie kategorie: osoby upośledzone psychicznie, które były

[57] M. Musielak, Sterylizacja…, s. 142-143.
[58] Ibidem, s. 148.
[59] Ibidem.
[60] P. Madajczyk, *Marzenie o narodzie doskonałym. Między biopolityką a enopolityką*, Warszawa 2017, s. 186.
[61] § 2 ustawy.

umieszczone w zakładach zamkniętych oraz przestępców seksualnych. Poddanie się zabiegowi miało charakter dobrowolny. Osoby z pierwszej z wymienionych grup mogły poddać się sterylizacji za własną zgodą. Przestępcy seksualni mogli natomiast poddać się zabiegowi kastracji za własną zgodą, zgodą zastępcy ustawowego i zezwoleniem ministra sprawiedliwości[62].

Nowelizacja prawa sterylizacyjnego z 16 maja 1934 roku zaostrzała wcześniej uchwalone przepisy. Nowy akt prawny zezwalał na sterylizację z powodów ekonomicznych – zabieg ten można było przeprowadzić, gdy zakładano negatywne prognozy na temat tego czy pacjent zwolniony z ośrodka zamkniętego będzie w stanie utrzymać i wychować potomstwo. Zaostrzenie przepisów polegało także na możliwości przeprowadzenia zabiegu wobec osób małoletnich oraz upośledzonych przebywających także poza specjalistycznymi instytucjami. Zgoda pacjenta na przeprowadzenie zabiegu przestała być wymagana. Uchwalone przepisy doprowadziły do przeprowadzenia w Danii w latach 1929-1945 zabiegu sterylizacji na 3608 osobach, z czego w ponad 70% przypadków były to kobiety[63].

Ruch szwedzkiej higieny rasowej swój symboliczny początek ma w 1922 r., gdy utworzono tam pierwszy instytut biologii rasowej. Szwedzka ustawa sterylizacyjna została uchwalona 18 maja 1934 r.[64]. W 1941 zaostrzono prawo sterylizacyjne zezwalając na przeprowadzenie tego zabiegu już nie tylko wobec „ograniczonych umysłowo", lecz także wobec osób prowadzących „aspołeczny tryb życia" czy „ewidentnie nieodpowiedzialnych do sprawowania w przyszłości opieki nad dzieckiem"[65].

W pierwszym swoim wariancie ustawa zezwalała na sterylizację osób, które ze względu na swoje upośledzenie nie są w stanie zrozumieć znaczenia tego zabiegu.

Do roku 1976 przeprowadzono ten zabieg na ponad 60 000 osobach ze względów eugenicznych, społecznych i ekonomicznych. Sterylizacja z uwagi na cele eugeniczne swój szczyt osiągnęła w 1944 r., kiedy to z uwagi na tą przesłankę dokonano 1437 zabiegów, a z pozostałych względów zaledwie 233. Sterylizacja eugeniczna dominowała w Szwecji w latach

[62] M. Musielak, Sterylizacja…, s. 75.
[63] Ibidem, s. 75-77.
[64] Ustawa o sterylizacji z dnia 18 maja 1934 r., (szw. "Lag om sterilisering"), SFS 1934:171.
[65] R. Kujawski, *Polskie środowisko neuropsychiatryczne wobec ustaw sterylizacyjnych w latach trzydziestych XX wieku*, Psychiatria Polska 2014, nr 48(1), s. 206-207.

czterdziestych XX wieku, natomiast w późniejszym czasie więcej przypadków przeprowadzania tego zabiegu miało miejsce ze względów społecznych[66].

Prócz powodów eugenicznych, rozumianych w tym przypadku jako obciążenie chorobami uważanymi za dziedziczne, dokonywano sterylizacji także na kobietach o wzmożonej aktywności seksualnej, niepotrafiących oszczędnie gospodarować majątkiem, posiadających nieślubne dzieci. Przymusowe sterylizacje miały uwolnić rodziców i państwo szwedzkie od niepożądanego potomstwa, co nie jest uwarunkowane względami higieny ras, lecz raczej troską o nadmierne wydatki rodziny oraz gminy na dzieci[67].

W Szwecji zabieg sterylizacji ze wskazań eugenicznych, społecznych lub medycznych w latach 1935-1945 przeprowadzono na 9169 osobach[68]. Znacznie więcej takich zabiegów przeprowadzono już po II wojnie światowej. Szacuje się, że od 1935 do 1975 roku zabieg ten przeprowadzono na blisko 63 000 osobach, z czego 90 % stanowiły kobiety[69]. Ustawa, która oficjalnie miała chronić przyszłe pokolenia przed chorobami dziedzicznymi wykorzystywana była jako instrument ekonomiczny.

Zgodnie z norweską ustawą z dnia 1 czerwca 1934 roku o dopuszczalności ubezwładnienia zabiegowi sterylizacji mogły poddać się dwie grupy osób: pacjentów, którzy posiadają „jakiś ważny powód", aby poddać się temu zabiegowi oraz osoby małoletnie umysłowo chore lub niedorozwinięte. W przypadku pierwszej z wymienionych grup zabieg można przeprowadzić gdy wniosek pacjenta zostanie zaakceptowany przez Dyrektora Sanitarnego. W przypadku drugiej kategorii osób, sterylizację przeprowadzano po zgodzie pacjenta lub jego zastępcy ustawowego, gdy ten nie jest w stanie samodzielnie podjąć takiej decyzji, a następnie ta zgoda musiała być zaakceptowana przez Komisję Rzeczoznawców. Komisja ta, zwana także Radą Biegłych, składała się z Dyrektora Sanitarnego jako przewodniczącego oraz czterech członków – przynajmniej dwóch lekarzy, jednego sędziego, jednej kobiety, mianowanych przez króla[70].

Od uchwalenia ustawy do końca II wojny światowej poddano w Norwegii zabiegowi sterylizacji 1140 osób, z czego 487 zabiegów przeprowadzono w okresie okupacji

[66] D. Butler, *Eugenics scandal reveals silence of Swedish scientists*, https://www.nature.com/ [dostęp: 7.05.2021 r.].
[67] M. Zaręba Bielawski, *Higieniści. Z dziejów eugeniki*, Wołowiec 2011, s.177-179.
[68] M. Musielak, Sterylizacja…, s. 81-82.
[69] A. Drouard, *Concerning Eugenics in Scandinavia. An Evaluation of Recent Research and Publications,* Population: An English Selection, 1999, Vol. 11 (1999), s. 267.
[70] M. Musielak, *Sterylizacja…,* s. 85.

hitlerowskiej. Znacznie więcej zabiegów przeprowadzono po wojnie, a były w zdecydowanej większości sterylizacje przeprowadzone na wniosek pełnoletniego pacjenta. Do 1977 roku odnotowano ponad 40 000 przeprowadzonych zabiegów ubezwładnienia[71].

Fińska ustawa sterylizacyjna wprowadzona została 13 czerwca 1935 roku Miała radykalny charakter, czego przejawem było prawo pozwalające na przymusową sterylizację osób psychicznie chorych, gdy istnieje uzasadniona obawa przekazania choroby potomstwu oraz przestępców seksualnych skazanych prawomocnym wyrokiem sądu. Ustawa zezwalała także na dobrowolną sterylizację w sytuacji, gdy pacjent cierpiał na „nadmierną" seksualność lub obawiał się, że jego dzieci mogą urodzić się „skarżone". Na wprowadzenie tak szerokiej eugeniki negatywnej w Finlandii wpływ miało funkcjonowanie szwedzkiej mniejszości, która promowała rozwój eugeniki oraz trudności z forowaniem się tożsamości narodowej spowodowane odzyskaniem niepodległości przez Finów dopiero w 1917 roku Na podstawie wspomnianej ustawy w latach 1935-1945 w Finlandii przeprowadzono 955 zabiegów sterylizacji, z czego 80% zostało przeprowadzonych na kobietach[72].

Niemiecka ustawa sterylizacyjna została uchwalona 14 lipca 1933 r.[73] zezwalając na przeprowadzenia chirurgiczne pozbawienie płodności osoby w sytuacji, gdy „według doświadczeń i wiedzy lekarskiej z wielkim prawdopodobieństwem spodziewać się należy, że jego potomstwo cierpieć będzie na ciężkie cielesne lub duchowe braki". Dziedziczne w sensie ustawy były choroby takie jak: wrodzony niedorozwój umysłowy, schizofrenia, cyrkularny (majo-depresyjny) obłęd, dziedziczna padaczka, dziedziczna choroba św. Wita, dziedziczna ślepota, dziedziczna głuchota oraz ciężkie dziedziczne zniekształcenie cielesne. Jako czynnik niepożądany, umożliwiający wykonanie sterylizacji przedstawiono także „ciężki alkoholizm".

Jednocześnie posiadana w czasie publikowania ustawy wiedza na temat dziedziczenia chorób dawała przekonanie, że nie w każdym przypadku możliwość przejścia choroby z rodzica na potomka jest równa. Przykładowo z wyliczeń Ernsta Rüdina wynikało, że w sytuacji, gdy jedno z rodziców jest chore ryzyko dziedziczenia choroby wynosi: 50% przy chorobie św. Wita; przy maniakalno-depresyjnej psychozie było to 33 %, a przy schizofrenii i epilepsji zaledwie 10%. E. Rüdin był stanowczym zwolennikiem sterylizacji eugenicznej. Dziedziczenie chorób porównywał z przedsiębiorstwem transportowym – twierdził, że funkcjonowanie

[71] Ibidem, s. 86.
[72] Ibidem, s. 86-89.
[73] Ustawa z dnia 14 lipca 1933 roku O ochronie przed potomstwem dziedzicznie chorym, Reichsgesetzblatt, Bd. I, 1933.

przedsiębiorstwa, w którym śmierć pasażera jest możliwa na 50%, byłoby zakazane. Analogicznie wywodził, że jeżeli jest takie prawdopodobieństwo odziedziczenia choroby nie powinno się narażać na to dziecko[74].

Wspomniana ustawa dotyczyła „dziedzicznie chorych" obywateli Rzeszy oraz obywateli innych państw, którzy nie chcieli opuścić Niemiec z powodu sterylizacji. W odróżnieniu od amerykańskich aktów prawnych, ta ustawa nie przewidywała przeprowadzania zabiegu ze względów socjalnych. Na podstawie przepisów ustawy z 14 lipca nie dokonywano sterylizacji przestępców seksualnych, których dotyczyła ustawa z dnia 24 września 1933 roku o wielokrotnych i niebezpiecznych przestępcach – miało to na celu uniknięcie zrównywania przestępców z osobami chorymi[75].

O tym czy pacjent podlega pod przepisy ustawy decydował sąd od spraw zdrowia dziedzicznego. Sąd orzekał w trzyosobowym składzie, gdzie przewodniczącym był sędzia, a prócz niego w skład wchodziło dwóch lekarzy, z których jeden „z nauką o dziedziczności jest szczególnie zaznajomiony"[76]. Od wyroku można było się odwołać do sądu apelacyjnego od spraw zdrowia dziedzicznego, którego werdykt był ostateczny. Mimo, że ustawa formalnie nie wprowadzała przymusu, to jej § 12 dopuszcza zastosowani przymusu bezpośredniego wobec osoby skierowanej przez sąd na zabieg[77].

W krótkim czasie poddano tę ustawę nowelizacji. W nowej wersji ustawa zezwalała na sterylizacje dzieci od dziesiątego roku życia, przymusowe doprowadzanie wytypowanych osób przed państwowe komisje lekarskie, osoby niepełnosprawne straciły prawo do obrońcy w procesie przed trybunałami zdrowia dziedzicznego, a nowelizacją z 1935 roku wprowadzono zabiegi przerwania ciąży z powodów eugenicznych do 6. miesiąca[78].

W pierwszym roku obowiązywania ustawy sądy zdrowia dziedzicznego skierowały do poddania się zabiegowi ubezpłodnienia ponad 56 tysięcy osób. Badacze różnie podają liczbę osób łącznie poddanych sterylizacji w Niemczech w latach 1934-1945. Zgodnie z danymi prof. Karla Bonhoeffera z 1949 roku liczba ta waha się między 200 tysięcy a 350 tysięcy. Inni badacze jak Richard Grunberg czy Wallace roku Deuel podają, że we wskazanym okresie zabieg ubezwładnienia przeprowadzono na około 375 tysiącach. Wszystkie wyliczenia

[74] I. Świrski, *Zagadnienie sterylizacji*, Włocławek 1934 r., s. 13-14.
[75] M. Musielak, Sterylizacja…, s. 183.
[76] § 5 i 6 ustawy z dnia 14 lipca 1933 roku o ochronie przed potomstwem dziedzicznie chorym.
[77] M. Musiekak, *Sterylizacja…,* s. 183.
[78] Ibidem.

dotyczące liczby ofiar niemieckiej ustawy sterylizacyjnej opierają się na szacunkach, bowiem przez wojnę nie zachowały się aktu urzędu zdrowia[79].

Także w Polsce przed 1939 roku można było odnotować poglądy wzywające do segregacji rasowej i wprowadzenia ustawy sterylizacyjnej. Trzeba jednak zaznaczyć, że były to głosy jednostkowe, w obliczu generalnego sprzeciwu wobec polityki A. Hitlera. Tym samym, nie doszło w Polsce do uchwalenia ustawy sterylizacyjnej. Wyjątkiem było Wolne Miasto Gdańsk, w którym w 1933 roku do władzy doszli zwolennicy Hitlera[80].

Początek starań o uchwalenie ustaw eugenicznych rozpoczął Leon Wernic. W 1918 roku przed protektorem Ministerstwa Zdrowia Publicznego postulował on wprowadzenie uregulowań prawnych dotyczących: sterylizacji wszystkich „nawykowych przestępców", „zwyrodnialców", „umysłowo i nieuleczalnie chorych", oraz „osób obarczonych dziedzicznie albo ew. osób, które mogłyby wywołać obarczenie czy skarłowacenie" potomstwa. Prócz postulatów dotyczących prawa sterylizacyjnego wygłaszał on pogląd zalecający uchwalenie prawa, zgodnie z którym wyłącznie ludzie zdrowi mogliby wchodzić w związki małżeńskie[81].

Autorem pierwszego projektu ustawy eugenicznej był L. Wernic. Projekt składający się z 16 paragrafów został zaprezentowany 11 maja 1934 roku na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Eugenicznego. Paragraf 8 zakładał m.in. „racjonalne wyjałowienie jednostek chorych fizycznie, psychicznie, obciążonych dziedzicznie". Z wnioskiem o przeprowadzenie tego zabiegu miał móc wystąpić lekarz specjalizujący się w eugenice i dziedziczności lub sam zainteresowany. Za choroby dziedziczne, w myśl tej ustawy, uważano głębokie dziedziczne zboczenia, ciężkie zboczenia seksualne, alkoholizm oraz ciężkie dziedziczne wady zmysłów. Oprócz sterylizacji ustawa przewidywała także inne instrumenty eugeniki negatywnej jak izolacja jednostek, których prokreacja jest niepożądana (tworzenie zakładów dla umysłowo chorych, więzień, zakładów pracy oraz domów wychowania dla niedorozwiniętych) czy promowanie antykoncepcji[82].

[79] M. Musielak, Sterylizacja…, s. 187-188.
[80] A. Słoniowska, *Recepcja i rozwój idei eugenicznej na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, „Studia Ecologiae et Bioethicae" 2012, nr 10/4, s. 65.
[81] T. Rzepa, roku Żaba, *Leon Wernic jako zwolennik i propagator eugeniki*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii" 2013, nr 22(1), s. 71.
[82] R. Kujawski, *Polskie środowisko neuropsychiatryczne wobec ustaw sterylizacyjnych w latach trzydziestych XX wieku*, Psychiatria Polska 2014, nr 48(1), s. 212.

Drugi projekt ustawy eugenicznej, także autorstwa Wernica został zaprezentowany w czerwcu 1935 roku Był on bardziej rozbudowany niż pierwotna wersja ustawy – składał się z 28 artykułów pogrupowanych w czterech działach. Dział czwarty odnosił się do postępowania wobec osób „ciężko dziedzicznie obarczonych", do których zaliczano osoby z wrodzonym niedorozwojem umysłowym, dziedziczną padaczką, schizofrenią, obłędem maniakalno-depresyjnym, dziedziczną głuchotą, dziedziczną ślepotą, ciężkimi wadami cielesnymi oraz ciężkim alkoholizmem. Przepisy działu czwartego ustawy zalecały trzy typy działań wobec wspomnianej grupy osób: odizolowanie ich od społeczeństwa poprzez umieszczenie w zakładach leczniczych, stosowanie środków ograniczających prokreację oraz sterylizację „jednostek obarczonych". Przymusowe pozbawienie zdolności płodzenia miało być stosowane wobec osób internowanych na podstawie wskazań medycznych, społecznych oraz eugenicznych[83].

Trzeci projekt ustawy Wernica z 1935 roku prezentował sterylizację jako najbardziej efektywną metodę w zapobieganiu prokreacji osób umysłowo chorych, przy jednoczesnej rezygnacji z kastracji chorych dziedzicznie, a także zalecał w pierwszej kolejności procedurę umieszczenia takich osób w zakładach izolacyjnych[84].

W 1936 roku pod obrady Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia wniesiono kolejne cztery projekty ustaw:

- Projekt B. Ostromęckiego zakładał sterylizację:
    - osób, które mogą przenieść swoje „obarczenie" na potomstwo (sterylizacja eugeniczna),
    - wobec osób, które są uznane za niezdolne do wychowania potomstwa (sterylizacja społeczna);
    - kastracji miały podlegać natomiast osoby których popęd płciowy zagrażał życiu i zdrowiu innych osób, co miało być potwierdzone wyrokiem.
- Projekt W. Grzywo-Dąbrowskiego zakładał sterylizację (względnie kastrację) względem osób:
    - obarczonych „ciężkim cierpieniem", które może z dużym prawdopodobieństwem zostać przekazane potomstwu (sterylizacja eugeniczna),

[83] R. Kujawski, *Polskie środowisko neuropsychiatryczne…,* s. 212.
[84] Ibidem.

- przejawiających wzmożony popęd płciowy, skazanych za czyny nierządu (kastracja terapeutyczna),
- wobec których istnieje przekonanie, że na skutek choroby nie będą w stanie utrzymać swojego potomstwa lub cierpią na chorobę tworzącą uzasadnione przekonanie, że ich potomstwo będzie chorowite i słabe (sterylizacja ze względów społecznych).

- Projekt W. Łuniewskiego zakładał sterylizację:
  - jeżeli zachodzi uzasadniona obawa, że potomstwo narażone będzie na ciężkie cierpienie psychiczne lub cielesne – na wniosek osoby lub zastępców prawnych,
  - ze względów społecznych wobec osób z ciężką postacią niedorozwoju umysłowego, psychopatii, padaczki, nałogowego alkoholizmu, co uzasadniałoby obawę, że osoba ta nie rozpozna znaczenia obowiązków rodzicielskich i nie podoła opiece na dziećmi – bez zgody pacjenta, na wniosek każdego pełnoletniego obywatela, któremu okoliczności wymienione w ustawie są znane. Zabieg przeprowadzany miał być za zgodą sądu, po uprzedniej uchwale komisji lekarskiej,
  - oraz kastrację terapeutyczną osób dotkniętych skłonnościami do groźnych dla otoczenia przestępstw.
- Projekt L. Wernica zakładał „wyjałowienie drogą chirurgiczną" jednostki, które są obarczone psychicznymi cierpieniami, dziedziczną głuchotą, ślepotą, zboczeniami seksualnymi, jednostki, które zapadły na ciężki alkoholizm oraz w sytuacji, gdy poważne cierpienie psychiczne pojawiło się u dwojga pierwszych dzieci lub w kolejnych dwóch pokoleniach; osoby posiadające szczególne uzdolnienia, w przypadku zaistnienia u nich ciężkiej choroby dziedzicznej mogłyby, za zgodą komisji, być zwolnione od sterylizacji[85].

Projekty ustaw eugenicznych nie doczekały się realizacji głównie z uwagi na opór środowiska lekarskiego, którego przedstawiciele byli ukształtowani w duchu aksjologii chrześcijańskiej i deontologii hipokratejskiej[86]. Zdecydowanie przeciwne stanowisko wobec proponowanych ustaw przyjmował także Kościół katolicki, który reprezentował poglądy konserwatywne[87].

[85] Ibidem, s. 213-214.
[86] A. Słoniowska, *Recepcja i rozwój…*, s. 68.
[87] Ibidem, R. Zabłotniak, *Dzieje Polskiego Towarzystwa Eugenicznego*, Kwartalnik Historii Nauki i techniki 1971, nr 16/4, s. 775.

Przeciwni wprowadzaniu prawa sterylizacyjnego byli także karnuści. W. Wolter kwestionował podstawy i zakładany cel ustawodawstwa eugenicznego. Jak argumentował, jedynym do tej pory przejawem oparcia kryminologii na teorii przyrodniczej była szkoła Lombroso wyznająca teorię o człowieku zbrodniarzu, która odniosła jednak fiasko[88].

Działacze społeczni przekonywali, że zdrowie i rozwój w dużej części zależą od warunków życia jednostki. Postulowali walkę z degeneracją na polu prawno-społecznym, a nie biologicznym. Coraz częściej zauważano bowiem negatywny wpływ na zdrowie czynników zewnętrznych, jak np. niekorzystne warunki pracy[89].

Jak zostało wspomniane wyżej, przed I wojną światową sterylizacja była zabiegiem przeprowadzanym głównie ze względów medycznych. Stosowaną ją m.in. przy schorzeniach narządów płciowych czy też w sytuacji, gdy zajście w ciąże lub poród mógł zagrażać życiu lub zdrowiu matki.

Rozwój nauk przyrodniczych spowodował, że chęć przełożenia prawidłowości sprawdzające się w nich na kształtowanie populacji ludzkiej. Fakt śmieci wielu zdrowych i młodych ludzi podczas wojny był zauważany przez eugeników, którzy postulowali przedsięwzięcie starań mających na celu poprawę gatunku ludzkiego. Sterylizacja jako przejaw eugeniki negatywnej miała ograniczyć prokreację wśród osób „małowartościowych". W zależności od ustawodawstwa poddanie się temu zabiegowi miało charakter dobrowolny lub też było przymusowe. Różna, w zależności od państwa, była grupa determinowana do poddania się zabiegowi. Najczęściej były to osoby chore psychicznie lub upośledzone umysłowo. Często sterylizację można było wykonywać także na osobach niedołężnych fizycznie czy nałogowych alkoholikach. Część ustawodawstwa zezwalała także na sterylizację lub kastrację przestępców, których popęd seksualny uznany został za szkodliwy dla otoczenia sprawców.

Po wojnie następowała liberalizacja prawa sterylizacyjnego. Coraz więcej państw odchodziło od stosowania przymusu przy kierowaniu pacjentów na taki zabieg. Sterylizacja ze względów eugenicznych uznawana jest za czarną kartę historii. Zabieg ten przestał być sprawą publiczną – w sytuacji, gdy chce mu się poddać osoba pełnoletnia spełniające odpowiednie warunki, zabieg ten pozostaje prywatną sprawą pomiędzy pacjentem a lekarzem i nie wymaga zgody organów państwowych. Ustawodawstwo wielu państw zezwala na

[88] M. Musielak, *Sterylizacja…,* s. 250.
[89] A. Słoniowska, *Recepcja i rozwój…*, s. 68-69.

poddanie się sterylizacji ze względów antykoncepcyjnych m.in. polepszenia życia seksualnego, co pokazuje nową rolę zabiegu.

Rozdział II

Medyczne aspekty zabiegu sterylizacji

1. Metody antykoncepcji przeznaczone mężczyznom

Mianem antykoncepcji określa się środki i metody mające za zadanie zapobiec ciąży, bez rezygnacji z obcowania płciowego. Obok antykoncepcji należy wyróżnić inne formy kontrolowania płodności nazywane naturalnymi metodami planowania rodziny czy też metodami objawowo-termicznymi[90]. Wskazane działania nie polegają na zapobieganiu ciąży, lecz na planowaniu współżycia seksualnego w dni, w które szanse na zajście w ciążę są niewielkie oraz na zachowywaniu abstynencji seksualnej w pozostałym czasie.

Środki antykoncepcyjne można podzielić na te przeznaczone do użycia dla mężczyzn oraz te przeznaczone dla kobiet. Mimo tego rozróżnienia należy pamiętać, że planowanie rodziny w tym staranie się o poczęcie albo unikanie ciąży spoczywa po równo na obojgu partnerach.

Najczęściej stosowaną metodą antykoncepcyjną dedykowaną mężczyznom są prezerwatywy. Jest to metoda antykoncepcji mechanicznej utrudniająca dotarcie plemników do macicy. Skuteczność prezerwatyw przy ich prawidłowym zastosowaniu sięga do 98%. Dodatkowym atutem tej metody jest ochrona przed chorobami przenoszonymi drogą płciową – wirusem HIV, HPV, chlamydią czy rzeżączką. Zaletą tej metody jest także łatwa dostępność. Prezerwatywy można nabyć nie tylko w aptekach, lecz także w różnych innych punktach sprzedaży bez recepty, np. w sklepach wielobranżowych. Dodatkowo ich stosowanie nie wymaga wcześniejszego przygotowania, jak to jest w przypadku sterylizacji czy przyjmowania tabletek antykoncepcyjnych[91]. Jest to więc najbardziej dostępna i najmniej inwazyjna metoda zapobiegania ciąży.

---

[90] Naturalne metody planowania rodziny bywają określanie niekiedy mianem „naturalnej antykoncepcji" patrz. np. roku Dębski, *Antykoncepcja – metody zapobiegania niepożądanej ciąży. Część II. Medyczne (nienaturalne) metody zapobiegania niepożądanej ciąży*, Ginekolog Pol. 2007, nr 78, s. 835. Niezależnie od zaliczania bądź nie naturalnych metod planowania rodziny do antykoncepcji należy zwrócić uwagę, że mają one zbliżony do antykoncepcji cel – niedopuszczenie do niechcianej ciąży.

[91] A. Persona, *Środki antykoncepcyjne dla mężczyzn – rodzaje i skuteczność*, https://upacjenta.pl/poradnik/srodki-antykoncepcyjne-dla-mezczyzn-rodzaje-i-skutecznosc [dostęp: 10.11.2021].

Prócz wspomnianych zalet metoda ta ma swoje wady. Podczas stosunku seksualnego może nastąpić zsunięcie prezerwatywy lub jej pęknięcie, co z kolei może doprowadzić do niechcianej ciąży. Ponadto prezerwatywy mogą wpłynąć negatywnie na jakość współżycia seksualnego, poprzez zmniejszenie doznań fizycznych, na co często skarżą się ich użytkownicy. Inną istotną wadą jest możliwość wystąpienia reakcji alergicznej, co uniemożliwia stosowanie tej metody antykoncepcyjnej[92].

Na czas przygotowywania niniejszej dysertacji nie są dostępne farmakologiczne środki antykoncepcyjne przeznaczone dla mężczyzn. Badania nad takim środkiem trwają równie długo jak nad antykoncepcją hormonalną dla kobiet, tj. od lat 50. XX wieku, jednak bez pomyślnego rezultatu. Dotychczasowe badania nad takimi środkami ukazywały poważne skutki uboczne ich stosowania[93].

Aktualne wyniki badań klinicznych dają prognozy, że w niedługim czasie może dojść do wprowadzenia na rynek farmaceutyczny pigułek antykoncepcyjnych przeznaczonych dla mężczyzn. Można wskazać na badania nad środkiem o nazwie „Triptonid", które są prowadzone od 2000 roku. Jego działanie ma doprowadzać do wstrzymania migracji plemników, poprzez odebranie im zdolności poruszania się wymaganej do zapłodnienia. Zespół badawczy pracujący nad tym środkiem donosi, że aktualne wyniki badań ukazują środek jako bezpieczny i skuteczny, a jego działanie określają jako odwracalne[94].

W literaturze medycznej można znaleźć informacje o prowadzonych badaniach nad szczepionką antykoncepcyjną. Za punkt wyjścia w badaniach obrano obserwację około 5% populacji par niepłodnych z przyczyn immunologicznych. Eksperymenty prowadzone na małych ssakach ukazują skuteczność i odwracalność na zadawalającym poziomie[95].

Pomijając środki antykoncepcji hormonalnej, będące na etapie badań klinicznych, można wyróżnić dwie metody antykoncepcyjne przeznaczone dla mężczyzn: wspomniane wyżej prezerwatywy oraz wazektomię. Wazektomia jest to chirurgiczna metoda antykoncepcyjna mająca na celu wywołanie niepłodności u mężczyzn. W efekcie jej

---

[92] E. Jastrzębska, K. Kropiewnicka-Buczek, *Prezerwatywa – charakterystyka, historia, skuteczność, rodzaje, wady i zalety*, https://portal.abczdrowie.pl/wady-i-zalety-prezerwatywy [dostęp: 10.11.2021].

[93] J. Piekara, *„Męska pigułka" antykoncepcyjna coraz bliżej opracowania. Triponid pomyślnie przeszedł testy kliniczne*., https://www.doz.pl/czytelnia/a15886-Meska_pigulka_antykoncepcyjna_coraz_blizej_opracowania._Triptonid_pomyslnie_przeszedl_testy_przedklinicz ne [dostęp: 10.11.2021].

[94] Ibidem.

[95] G. Jakiel, Sz. Bakalczuk, *Antykoncepcja męska* [w:] M. Semczuk, M. Kurpisz, Andrologia, Warszawa 2006, s. 457.

zastosowania pacjent może odbywać stosunki seksualne oraz osiągać orgazm, lecz jego nasienie jest pozbawione obecności plemników, co uniemożliwia zapłodnienie[96].

2. Sterylizacja mężczyzn

Wazektomia to chirurgiczna metoda podwiązania nasieniowodu, polegająca na wyizolowaniu nasieniowodu po nacięciu skóry w górnej części moszny. Po dotarciu do nasieniowodu lekarz wycina z niego fragment o długości ok. 0,5-1 cm. Taki rozmiar wyciętego fragmentu ma zapobiec samoistnemu zbliżeniu się jego końców[97]. Następnie końce nasieniowodu zamykane są za pomocą odpowiednich klipsów. Używanie szwów nie jest konieczne, a skóra pacjenta goi się już po kilku dniach, bez powstawania blizn. Czas trwania zabiegu to około 15 minut, a najczęściej już po upływie godziny od jego wykonania pacjent może wrócić do domu[98].

Jest to metoda ciesząca się dużą popularnością w społeczeństwach Zachodu. Z uwagi na uwarunkowaną kulturowo w niektórych miejscach świata niechęć do przecinania skóry wprowadzono identyfikację i obliterację przezskórną. Polega ona na dokonywaniu punktowych wkłuć i powierzchownym podwiązaniu albo na wstrzyknięciu środka obliteracyjnego do światła nasieniowodu[99].

Podczas metody tzw. „wazektomii bez skalpela" dochodzi do rozwarstwienia skóry bez zakładania szwów. Na dany nasieniowód zakładany jest podwójny nierozpuszczalny szew. W celu zwiększenia skuteczności zabiegu niekiedy lekarze zalecają przecięcie i wycięcie kilku milimetrów nasieniowodu oraz zastosowanie na jego końcówkach mikrokoagulacji. Połączenie tych trzech technik ma umożliwić osiągnięcie najskuteczniejszych rezultatów[100].

Od strony fizjologicznej należy wskazać, że zaletami tego zabiegu są: brak usunięcia narządów płciowych, brak ograniczenia wydzielania hormonów, brak ograniczenia produkcji spermy, brak skutku w postaci zaburzeń erekcji oraz brak wpływu na wytrysk[101].

---

[96] *Czym jest wazektomia?* https://www.wazektomia.com/czym-jest-wazektomia [dostęp: 10.11.2021].
[97] E. Oszukowska, J. Słowikowska-Hilczer, J. K. Wolski, P. Kula, M. Sosnowski, K. Kula, *Chirurgia w andrologii*, „Chirurgia Polska" 2006, nr 8, s. 219.
[98] *Na czym polega wazektomia?,* https://www.medicover.pl/szpital/wazektomia-warszawa/ [dostęp: 19.01.2022].
[99] G. Jakiel, Sz. Bakalczuk, *Antykoncepcja męska…*, op. cit., s. 454.
[100] E. Siwik, *Czy podwiązanie nasieniowodów i wazektomia to ten sam zabieg?,* https://wazektomiablog.com/czy-podwiazanie-nasieniowodow-i-wazektomia-to-ten-sam-zabieg/ [dostęp: 23.11.2021].
[101] M. Boratyńska, E. Zielińska, *Status prawny sterylizacji do celów antykoncepcyjnych* [w:] E. Zielińska, *System Prawa Medycznego. Regulacja prawna czynności medycznych Tom II. Część 2.* [w:] E. Zielińska, *System Prawa Medycznego*, Warszawa 2019, s. 1247.

W literaturze zaznacza się, że efekt tego zabiegu w postaci pozbawienia mężczyzny zdolności płodzenia nie jest natychmiastowy. Lekarze zalecają ostrożność w trakcie stosunków seksualnych bezpośrednio po zabiegu o stosowanie dodatkowej antykoncepcji. Jest to związane z możliwością występowania w nasieniu nieznacznych ilości plemników. Dopiero po pewnym czasie, zależnym od liczby ejakulacji, nasienie staje się w pełni wolne od plemników, co jest finalnym celem zabiegu[102]. Aktywność seksualna może być podejmowana przez pacjenta już kilka dni po zabiegu, jednak zaleca się stosowanie dodatkowej antykoncepcji do czasu przeprowadzenia badania obecności plemników w nasieniu. Takie badania przeprowadza się najczęściej w 8 i 12 tygodniu po zabiegu[103].

Zabieg sterylizacji nie wpływa na produkcję czy uwalnianie testosteronu (męskiego hormonu odpowiedzialnego za popęd). Nie wywiera negatywnego wpływu na erekcję czy ejakulację. Ponadto większość pacjentów po sterylizacji zgłasza brak zmian w temacie przyjemności i częstotliwości zbliżeń seksualnych lub informuje, że do takich zbliżeń dochodzi częściej niż przed zabiegiem oraz z większą przyjemnością. Tylko kilku na stu mężczyzn zgłasza negatywny wpływ wazektomii na ich życie seksualne. Zauważa się również pozytywny wpływ zabiegu na przyjemność ze zbliżeń partnerki, która nie musi obawiać się nieplanowanej ciąży[104].

Zagadnienie to nie stanowi przedmiotu wzmożonej debaty społecznej. Sterylizacja mężczyzn nie spotyka się też z potępieniem. Presja związana z prokreacją częściej dotyczy kobiet i to na nich niejednokrotnie ciąży obowiązek zadbania o poszerzenie rodziny o potomstwo[105]. Takie stanowisko wydaje się jednak niesprawiedliwe, a troska o posiadanie dzieci bądź rezygnacja z tego powinna po równo dotyczyć zarówno kobiety jak i mężczyzn.

Po wazektomii jak po każdej innej procedurze medycznej mogą u pacjenta wystąpić powikłania. W około 3% przypadków może pojawić się stan zapalny. U około 2% pacjentów zaobserwowano natomiast pojawienie się krwiaka w miejscu operacji. Częściej występuje przewlekły ból o zmiennym nasileniu, dotyczy to 13-25% pacjentów[106].

---

[102] J.J. Pawłowicz, *Wazektomia – metoda „antykoncepcji" czy okaleczanie mężczyzn?, „*Teologia i moralność" 2010, tom 8, s. 55.
[103] Jak wazektomia wpływa na życie seksualne – książka o Wazektomii, https://www.wazektomia.com/ksiazka-15-wazektomia-a-seks [dostęp: 18.06.2022].
[104] Ibidem.
[105] T. Gardocka, *Klauzula sumienia – głos drugi*, „Medyczna Wokanda" 2017, nr 9 (9), s. 34-35.
[106] Ł. Kupis, *Wazektomia jako metoda antykoncepcji dla mężczyzn i jej odwrócenie*, „Przegląd Urologiczny" 2015, nr 3(91).

Główną przyczyną podjęcia decyzji o poddaniu się wazektomii jest niechęć do posiadania potomstwa w przyszłości. Wygląda to inaczej niż w przypadku sterylizacji kobiet, gdzie prócz wskazań antykoncepcyjnych będą mogły wystąpić także wskazania uwarunkowane celem leczniczym. Jako przeciwskazania do wazektomii wymienia się najczęściej duży wodniak jąder, dużą przepuklinę pachwinową, zakażenie narządów płciowych (jako przejściowe przeciwwskazanie) oraz zaburzenie krzepliwości krwi[107].

Lekarze podejmujący się wykonania zabiegu wazektomii twierdzą, że jest to zabieg odwracalny. Takie zapewnienia mogą mieć jednak związek z chęcią uniknięcia odpowiedzialności karnej za spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, czyli przestępstwa z art. 156 Kodeksu karnego. Mimo, że badania wskazują, iż istnieje duże prawdopodobieństwo przywrócenia drożności nasieniowodów, to na stronach gabinetów lekarskich wykonujących ten zabieg można przeczytać, że zmiany zaistniałe w konsekwencji przeprowadzenia zabiegu należy traktować jako trwałe[108].

Sterylizacja opisywana jest jako efektywna i bezpieczna metoda trwałej antykoncepcji u mężczyzn. Zabieg ten może być wykonywany w znieczuleniu miejscowym, w warunkach ambulatoryjnych. Zabieg zamknięcia nasieniowodów możliwy jest do odwrócenia jedynie w wyniku operacji mikrochirurgicznej. Z uwagi na to jako uzupełnienie i zabezpieczenie przy tej metodzie antykoncepcyjnej może być zalecane zdeponowanie plemników przed zabiegiem w banku nasienia[109].

Banki nasienia swoją działalność w Polsce rozpoczęły około 50 lat temu[110]. Są to instytucje, które w dużej mierze kojarzone są ze składowaniem nasienia zdeponowanego tam przez anonimowego dawcę, które następnie jest wykorzystywane przy medycznie wspomaganej prokreacji. Z takiej opcji korzystaj samotne kobiety lub pary, u których występuje problem z zajściem w ciąże z powodu jakości spermy partnera. W takich bankach przechowywane jest nasienie nie tylko od wspomnianych dawców, ale także nasienie deponują tam mężczyźni, którzy chcą je zabezpieczyć. Do tej grupy zaliczamy najczęściej osoby, które

[107] *Wazektomia – podwiązanie nasieniowodów*, https://medifem.pl/urologia/wazektomia-meska-antykoncepcja/ [dostęp: 06.01.2022].
[108] Np. na stronie internetowej jednej z gdańskich klinik możemy przeczytać: „Jest to zabieg trwały, a jego skutki są często nieodwracalne. Dlatego też lekarze każdorazowo muszą upewnić się, że pacjent nie będzie w przyszłości żałował swojej decyzji, chociażby z powodu zmiany stylu życia.” *Wazektomia – co to?,* https://clinicadermatologica.pl/zabieg/wazektomia-trwala-antykoncepcja-dla-mezczyzn/ [dostęp: 03.01.2022].
[109] G. Jakiel, Sz. Bakalczuk, *Antykoncepcja…*, op. cit., s. 454.
[110] roku Kotzbach, M. Kotzbach, *Niektóre współczesne problemy prokreacji*, „Postępy andrologii On Line” 2014 nr 1, s. 9.

chcą zabezpieczyć możliwość prokreacji przed poddaniem się zabiegowi sterylizacji czy też mężczyzn przez rozpoczęciem kuracji onkologicznej[111].

Nawet do 6% pacjentów jest poddawanych operacjom przywrócenia ciągłości nasieniowodów. Najczęściej decydują się na to mężczyźni, którzy poddali się zabiegowi w młodym wieku (tj. w wieku poniżej 30 lat) oraz ci, którzy zmienili swój status cywilny. Znacznie rzadziej próby odwrócenia skutków wazektomii przeprowadza się na mężczyznach, którzy w momencie poddania się sterylizacji posiadali potomstwo[112].

Operacja przywrócenia drożności nasieniowodów zazwyczaj odbywa się w znieczuleniu podpajęczynówkowym lub ogólnym. Zabieg w pierwszym etapie polega na nacięciu skóry moszny w miejscu powyżej kikutów nasieniowodów oraz na ich wypreparowaniu. W następnej kolejności w pole operacyjne wprowadzany jest mikroskop. Nacinane są końce nasieniowodu, a jego drożność sprawdzana jest poprzez iniekcję soli fizjologicznej. Zespolenie końców nasieniowodu może być wykonane techniką jedno- lub dwuwarstwową[113].

Skuteczność zabiegu rewazektomii zależy w dużej mierze od tego, ile czasu minęło od przeprowadzenia wazektomii. Z badań wynika, że szanse na przywrócenie drożności nasieniowodów, w razie przeprowadzenia rewazektomii w okresie pierwszych 3 lat, wynoszą aż 97%, a odsetek ciąż u partnerek pacjentów plasuje się na poziomie 76%. W okresie między 3 a 8 lat od wazektomii jest to odpowiednio 88% i 53%, w okresie między 9 a 14 lat zaś 79% i 44%. W przypadku, gdy od wazektomii minęło ponad 15 lat, drożność nasieniowodów uzyskiwana jest w 71% przypadków, a współczynnik ciąż wynosi zaledwie 30%[114].

Jak wykazują badania odtworzenie ciągłości nasieniowodów ma szanse na powodzenie nawet wiele lat po wazektomii, choć z biegiem czasu szanse te maleją. W prognozowaniu drożności nasieniwodów istotna jest obecność plemników lub fragmentów ich w płynie śródoperacyjnym lub też wypływ płynu z obwodowego odcinka najądrza i nasieniowodu oraz szczelność wykonanego zespolenia. Drożności nasieniowodu może zagrażać powstanie jakiegokolwiek zbiornika w mosznie[115].

---

[111] Bank nasienia, https://www.klinikainvicta.pl/wspieranie-plodnosci/bank-nasienia/ [dostęp: 1.06.2022].
[112] Ibidem.
[113] Ibidem.
[114] Ibidem.
[115] P. Dobroński, M. Czaplicki, *Odwrócenie ciągłości nasieniowodów (vosovasostomia) z użyciem okularów operacyjnych o trzykrotnym powiększeniu*, Urologia Polska 2004, nr 57, http://www.urologiapolska.pl/artykul.php?194 [dostęp: 19.01.2022].

Jako zaletę wazektomii często podaje się jej relatywnie niską cenę – w zależności od gabinetu i miasta, gdzie zabieg ten jest wykonywany cena oscyluje około 2000-2500 zł. Kwota ta jest spowodowana stosunkowo prostym charakterem zabiegu oraz krótkim czasem jego trwania. Należy zaznaczyć, że kwestia finansowa wygląda zgoła inaczej w przypadku zabiegu odwrócenia skutków wazektomii. Rewazektomia jest procedurą o zdecydowanie większym stopniu skomplikowania oraz poziomie trudności, stąd też nie każdy gabinet wykonujący wazektomię przeprowadza także zabieg odwracający. Cena zabiegu rewazektomii waha się od 12 000 do 20 000 zł w zależności od gabinetu[116]. Oznacza to, że choć możliwe jest odwrócenie skutków zabiegu męskiej sterylizacji, to koszt tego zabiegu może stanowić duże ograniczenie i tym samym wykluczenie z możliwości poddania się takiemu zabiegowi przez część pacjentów.

Niepowodzenie przy przeprowadzeniu zabiegu rewazektomii czy też zaniechanie jego przeprowadzenia nie musi obligatoryjnie wiązać się z zaprzestaniem prokreacji. Efektem męskiej sterylizacji jest spowodowanie braku występowania plemników w nasieniowodzie, co nie oznacza, że po tym zabiegu ciało mężczyzny przestaje je w ogóle produkować. Możliwe jest ich pobranie od mężczyzny – przeprowadza się w tym celu biopsję jądra, w ramach której pobierana jest odpowiednia ilość spermy. Pobrane ze spermy plemniki dają się połączyć z komórką jajową w ramach procedury in vitro. Daje to możliwość inseminację domaciczną, a tym samym stwarza szanse na zapłodnienie[117].

Sterylizacja męska cieszy się sporym zainteresowaniem, głównie z uwagi na skuteczność tego zabiegu. Opisywana procedura medyczna nie jest skomplikowana, jej przeprowadzenie jest bezbolesne dla pacjenta, a czas trwania zabiegu wynosi około 15 minut. Jest to metoda bezpieczna – powikłania po przeprowadzeniu zabiegu dotykają niewielkiego odsetka pacjentów. Odwrócenie skutków wazektomii jest możliwe, jednak nie w każdym przypadku kończy się powodzeniem, a skuteczność odwracalności spada wraz z upływem czasu od przeprowadzenia zabiegu sterylizacji. Z uwagi na to lekarze specjaliści wykonujący ten zabieg zalecają pacjentom zamrożenie nasienia w banku nasienia. Gdyby jednak pacjent się na to nie zdecydował możliwe jest pobranie nasienia bezpośrednio z jądra i zapłodnienie w ramach procedury *in vitro*.

[116] M. Chruścińska, *Wazektomia: wszystko co musimy o niej wiedzieć (cena, działania, czy jest odwracalna?),* https://dimedic.eu/pl/wiedza/wazektomia-cena-opinie-co-to-czy-jest-odwracalna [dostęp: 19.01.2020].
[117] O. Plesińska, *Staranie się o dziecko po wazektomii*, https://invitroonline.pl/starania-o-dziecko-wazektomii/ [Dostęp: 19.01.2022].

Po przeprowadzeniu zabiegu sterylizacji w nasieniu mężczyzny nie znajdują się plemniki, co jest równoznaczne z tym, że po poddaniu się temu zabiegowi nie może on spłodzić dziecka w sposób tradycyjny. Możliwe jest jednak zapłodnienie za pomocą tzn. technik medycznie wspomaganej prokreacji. Są to metody terapeutyczne umożliwiające zajęcie w ciążę z użyciem medycznej ingerencji w obszarze naturalnego procesu prokreacyjnego. Wspomniana inferencja może doprowadzić do zapłodnienia z pominięciem jednego lub kilku etapów w porównaniu do naturalnego procesu prokreacji[118].

Przyjmując kryterium środowiska, w którym dochodzi do zapłodnienia, wyróżnić można dwie grupy technik medycznie wspomaganej prokreacji: *in vivo* oraz *in vitro*. W pierwszej z wymienionych do zapłodnienia dochodzi w ciele kobiety natomiast w drugiej poza jej organizmem[119].

Metoda *in vivo* zwana także sztuczną inseminacją lub unasiennieniem jest jedną z najstarszych technik wspomaganego rozrodu. Jest ona stosowana przede wszystkim w sytuacji, gdy przyczyną braku zajścia w ciążę jest niemożność odbycia obcowania płciowego między partnerami np. z powodów anatomicznych[120]. W sytuacji, gdy partner przeszedł zabieg wazektomii jest on zdolny do odbycia stosunku seksualnego, lecz nie będzie ono zakończone poczęciem z uwagi na brak plemników w jego nasieniu.

W regularnych przypadkach nasienie do zabiegu inseminacji pobierane jest w drodze masturbacji. W przypadku mężczyzn wysterylizowanych takie działanie nie pozwoli nią pobranie plemników. Możliwe jest zatem użycie nasienia złożonego do banku nasienia.

Metoda medycznie wspomaganej prokreacji in vitro polega na przeniesieniu do warunków laboratoryjnych części procesów prokreacji, które przy naturalnych procesach zapłodnienia zachodzą w drogach rodnych kobiety. Zapłodnienie komórki jajowej przebiega poza ciałem kobiety, a następnie powstały w ten sposób embrion przetransportowywany jest do jej organizmu. W celu zapłodnienia komórki jajowej pobierane jest od mężczyzny nasienie, które w warunkach laboratoryjnych poddawane jest obróbce. W tej metodzie możliwe jest zastosowanie nasienia zdeponowanego przez mężczyznę w banku nasienia przed poddaniem się sterylizacji oraz pobranie plemników metodą mikrochirurgiczną z jądra.

[118] E. Wojewoda, *Prawnokarne i kryminologiczne aspekty medycznie wspomaganej prokreacji*, Białystok 2019, s. 47.
[119] Ibidem.
[120] H. Bartel, *Embriologia*, Warszawa 2012, s. 68.

Fakt, że plemniki nie występują w nasieniu nie oznacza, że przestają być produkowane przez jądra. Istnieje metoda, dzięki której możliwe jest pobranie plemników wprost z jądra przez lekarza. Chirurg uzyskuje dostęp do jądra wykonując nacięcie worka mosznowego. W następnej kolejności wyszukuje przy użyciu mikroskopu potencjalne miejsce produkcji plemników w jądrach oraz pobiera je. Embriolodzy wyszukują w pobranej tkance plemniki, które są zdolne do zapłodnienia komórki jajowej w metodzie *in vitro*[121].

W sytuacji, gdy szansa na pobranie plemników jest bardzo duża wykonywana jest tzn. biopsja igłowa (zamknięta). Zabieg taki trwa od 15 do 30 minut, a pacjent znieczulony jest miejscowo. Gdy z badań wstępny wnika, że znalezienie plemników będzie trudniejsze przeprowadza się biopsję otwartą. Ten rodzaj zabiegu polega na nacięciu osłonki jądra i pobraniu wycinków z różnych regionów jądra oraz najądrza. Zabieg trwa kilkadziesiąt minut, a pacjent w jego trakcie jest w znieczuleniu ogólnym[122].

§ 3. Metody antykoncepcyjne przeznaczone kobietom

Popularność metod antykoncepcyjnych jest zmienna w zależności od kultury oraz w mniejszym stopniu od wieku czy klasy społecznej w obrębie poszczególnych kultur. Jak ukazują badania kobiety niezamężne stosują antykoncepcję doustną niemal dwukrotnie częściej niż kobiety w związkach małżeńskich. Antykoncepcja doustna pojawiła się na rynku w latach 60. XX wieku i obserwuje się ogólną tendencję wzrostową zainteresowania tego typu sposobem zapobiegania ciąży. W latach 70. Obserwowano wzrost zainteresowania chirurgiczną antykoncepcją, natomiast pandemia HIV/AIDS mająca miejsce w latach 80. XX wieku sprzyjała wzrostowi wyboru prezerwatyw jako metody antykoncepcyjnej, które często były używane wraz z antykoncepcją steroidową[123].

Liczba metod antykoncepcyjnych dedykowania kobietom jest zdecydowanie większa niż ta, która jest dostępna dla mężczyzn. Wśród metod tych można wyróżnić:

1) metody naturalne:
    a. metoda kalendarzowa
    b. metoda Billingów

[121] *Miktochirurgiczna ekstrakcja plemników z jądra – Micro-TESE*, https://gameta.pl/leczenie-nieplodnosci/mikrochirurgiczna-ekstrakcja-plemnikow-z-jader-micro-tese/ [17.06.2022].
[122] Biopsja jądra, https://www.invimed.pl/biopsja-jadra [18.06.2022].
[123] J. Bancoft, Z. Lew-Starowicz, A. Robocha (red.), *Seksualność człowieka*, Wrocław 2011, s. 461.

c. karmienie piersią

2) metody mechaniczne
    a. kapturek szyjkowy
    b. krążek dopochwowy
    c. prezerwatywy dla kobiet
3) metody hormonalne
    a. doustna antykoncepcja
    b. progesteron o długim okresie działania (wstrzykiwany lub w formie implantu podskórnego)
    c. dopochwowa (krążki silikonowe uwalniające progesteron i estrogen)
4) metody chirurgiczne
    a. sterylizacja laparoskopowa (w tym klipsowanie, podwiązki, noże hipolarne, laser)
    b. podwiązanie jajowodów
    c. domaciczne wstrzyknięcia powodujące zwłóknianie jajowodów (wykonywane głównie w krajach rozwijających się)
5) stosowanie substancji plemnikobójczych (pianki, kremy, galaretki, gąbki zawierające nonoksynol)
6) wkładki wewnętrzne (nieaktywne, wkładki miedziane, uwalniające progesteron)

Naturalne metody planowania rodziny oparte są na obserwacji objawów przedmiotowych i podmiotowych występujących fizjologicznie w okresie płodnym cyklu miesiączkowego oraz na związanej z nimi okresowej wstrzemięźliwości seksualnej. Skuteczność metod okresowej abstynencji seksualnej waha się od 1,0-9,0 do 20,0 i różni się w zależności od wyboru metody. Skuteczność wzrasta przy zastosowaniu kilku metod jednocześnie. Dla porównania przy współżyciu bez zabezpieczenia wskaźnik Pearla wynosi 85,0[124].

Wśród naturalnych metod planowania rodziny wyróżniamy: metodę kalendarzykową (polega na wyznaczeniu dni płodnych na podstawie obserwacji kilku cykli menstruacyjnych; wskaźnik Pearla tej metody wynosi 9,0), metodę Billingsów (polegająca na obserwacji zmian w śluzie szyjowym w przebiegu cyklu menstruacyjnego; wskaźnik Pearla – 3,0), metoda

[124] A. Drosdzol, *Współczesne metody antykoncepcyjne* [w:] Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), Podstawy seksuologii, Warszawa 2010, s. 301.

objawowo-termiczna (polegająca na ocenie śluzu szyjkowego i pomiarze podstawowej temperatury ciała; wskaźnik Pearla – 2,0) oraz metoda „dni standardowych" (polegająca na unikaniu współżycia seksualnego bez zabezpieczenia między 8 a 19 dniem każdego cyklu). Ponadto zauważa się naturalny efekt antykoncepcyjny przy laktacji poporodowej – wydzielana w okresie karmienia piersią prolaktyna hamuje dojrzewanie pęcherzyków jajnikowych oraz owulację[125].

Jedną z najczęściej stosowanych przez kobiety metod zapobiegania nieplanowanej ciąży jest dwuskładnikowa tabletka antykoncepcyjna. Do zalet tej metody zalicza się poczucie skutecznego zabezpieczenia przed ciążą, zmniejszenie objętości i czasu miesiączkowania oraz poprawę cery. Niekiedy tabletka ta jest stosowana w celu regulacji momentu wystąpienia krwawienia miesiączkowego, przykładowo przy zaplanowanym wyjeździe wakacyjnym. Doustne preparaty zawierające driospirenon skutecznie zmniejszają objawy zespołu napięcia przedmiesiączkowego[126].

Zażywanie dwuskładnikowych tabletek antykoncepcyjnych może jednak nieść ze sobą negatywne skutki używania. Może wpłynąć na zmniejszenie aktywności seksualnej w następstwie spadku pożądania wywołanego zmniejszeniem ilości wolnego testosteronu, czyli hormonu pozytywnie wpływającego na libido zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Kolejnym negatywnym skutkiem ich stosowania może być zmniejszenie produkcji śluzu szyjkowego i wydzieliny pochwowej, co powoduje nadmierną suchość pochwy, która może wpłynąć na obniżenie satysfakcji ze stosunku. Fakt konieczności codziennego stosowania tabletki niewątpliwie nie zwiększa komfortu stosującej jej kobiety[127]. Antykoncepcja hormonalna może zwiększać ryzyko występowania niektórych chorób, jak np. zakrzepicy żylnej. Ryzyko w tym przypadku zależy od rodzaju użytego estrogenu i progestagenu oraz od występowania czynników ryzyka zakrzepicy (np. wiek czy wysokie BMI). Antykoncepcja hormonalna wymaga zatem dokładnej oceny ryzyka oraz dostosowania do indywidualnych potrzeb pacjentki, co oznacza, że nie jest uniwersalnym rozwiązaniem dla wszystkich kobiet[128].

Innymi metodami, pozbawionymi konieczności codziennej aplikacji są plastry antykoncepcyjne i dopochwowe pierścienie antykoncepcyjne. Mają one mniejszy niż tabletki

[125] Ibidem.
[126] R. Dębski, *Antykoncepcja i seksualność…,* op. cit. s. 442.
[127] Ibidem, s. 442-443.
[128] M. Bińkowska, A. Jakimiuk, T. Paszkowski, L. Pawelczyk, V. Skrzypulec-Plinta, *Risk of venous thromboembolism during the use of oral estrogen-progestogen hormone therapies in light of most recent research findings*, „Menopause Rev" 2022, nr 21(3), s. 197-199.

wpływ na obniżenie stężenia wolnego testosteronu, a tym samym w mniejszym stopniu zmniejszają libido. Ponadto stosowanie dopochwowego pierścienia antykoncepcyjnego nie zmniejsza ilości wydzieliny pochwowej, a niekiedy nawet zwiększa jej ilość, co może wpłynąć pozytywnie na komfort współżycia[129]. Zaletą antykoncepcji dopochwowej jest również precyzyjne dawkowanie hormonów, co minimalizuje skutki uboczne. Jest to metoda wygodniejsza od antykoncepcji doustnej, bowiem nie wymaga codziennego pamiętania o jej stosowaniu[130].

Innymi metodami antykoncepcyjnymi są diagramy czy kapturki naszyjkowe oraz środki dopochwowe, lecz są one w Polsce trudno dostępne. Spada ich popularność także w innych państwach, co powoduje, że należy je traktować raczej jako metody historyczne[131].

W sytuacji, gdy partnerzy obawiają się o skuteczność zastosowanych przy stosunku metod antykoncepcyjnych lub gdy stosunek odbył się bez zabezpieczenia możliwe jest zastosowanie tzn. antykoncepcji awaryjnej lub antykoncepcji po stosunku. Pigułka „dzień po" stosowana jest także u ofiar przemocy seksualnej, które doświadczyły zgwałcenia lub molestowania z wykorzystaniem narządów płciowych, także gdy nie doszło do pełnej penetracji[132].

Mechanizm działania tabletek po stosunku diametralnie różni się od działania tabletek poronnych. W przypadku gdy dojdzie do zagnieżdżenia zarodka w endometrium macicy to pigułka „dzień po" nie zadziała oraz nie wywrze żadnego wpływu na zaimplementowany już zarodek. Mechanizm tabletek „dzień po" blokuje lub opóźnia owulację, jeżeli ta jeszcze nie nastąpiła oraz utrudnia plemnikom dotarcie do komórki jajowej, poprzez nieznaczny wpływ na zmniejszenie grubości endometrium i zagęszczenie śluzu szyjkowego. Natomiast środki poronne przyczyniają się do wydalenia zarodka, także gdy ten jest już zaimplementowany w macicy[133].

---

[129] Ibidem.
[130] V. Skrzypulec-Plinta, J. Janas, K. Zborowska, *Dopochwowa terapia hormonalna zawierająca estriol – korzyści dla pacjentek,* https://www.forumginekologii.pl/artykul/dopochwowa-terapia-hormonalna-zawierajaca-estriol-korzysci-dla-pacjentek [dostęp: 18.12.2024]
[131] Ibidem.
[132] I. Kurowska, *Czym jest antykoncepcja awaryjna i jak działa tabletka „dzień po"?*, https://www.apteka-melissa.pl/blog/artykul/czym-jest-antykoncepcja-awaryjna-i-jak-dziala-tabletka-dzien-po,650.html [dostęp: 14.02.2022].
[133] I. Nowak, *Tabletki wczesnoporonne a tabletka „dzień po" – dostępność, rodzaje i działanie,* https://www.heydoc.pl/s/article/Tabletki-wczesnoporonne-a-tabletka-dzien-po-dostepnosc-rodzaje-i-dzialanie [dostęp:1.06.2022].

Lekarze zaznaczają, że tabletka „dzień po" powinna być stosowana wyłącznie w sytuacjach nagłych. Nie należy jej stosować jako stałej metody antykoncepcyjnej z uwagi na fakt, iż zawiera dużo większe stężenie hormonów niż tradycyjna doustna pigułka antykoncepcyjna. Obecnie w Polsce dostępne są dwa rodzaje takich tabletek. Różnią się od siebie substancją aktywną – jedne zawierają lewonogestrel, a drugie octan uliprystalu. Wspomniane środki nie różnią się od siebie skutecznością, lecz mają inny maksymalny okres, w którym należy je zastosować. Aktualnie w Polsce antykoncepcja awaryjna dostępna jest wyłącznie na receptę. Uzasadniane jest to faktem, że mimo iż jest to bezpieczny sposób antykoncepcji zawarta w nim substancja silnie oddziałuje na ciało kobiety i aby ograniczyć występowanie przy niej objawów niepożądanych czy innych dolegliwości zdrowotnych wymagana jest konsultacja z lekarzem[134].

Skuteczność antykoncepcji po stosunku jest wysoka, a zajście w ciążę występuje, w zależności od stosowanej tabletki, od 0,3 do 3,1%. Jest to bezpieczna metoda antykoncepcyjna, choć nie jest pozbawiona ryzyka wystąpienia objawów niepożądanych. Do najczęstszych z nich należą nudności, dolegliwości bólowe w podbrzuszu, bóle głowy, zawroty głowy, uczucie napięcia oraz opóźnienie następnego krwawienia miesiączkowego[135].

Inną metodą antykoncepcyjną możliwą do zastosowania po stosunku jest założenie wkładki domacicznej. Jako antykoncepcja „po stosunku" metoda ta może być stosowana nawet do pięciu dni po współżyciu. Umieszczenie w macicy wkładki zawierającej miedź zapobiega zagnieżdżeniu się zapłodnionej komórki ze skutecznością na poziomie 99%. Stosowanie tej metody niesie ze sobą ryzyko wystąpienia zapalenia. Metoda ta jest bardziej skuteczna niż opisane wyżej tabletki, lecz ma zdecydowanie dłuższy czas działania. Oznacza to, że ta metoda nie jest zalecana w przypadku, gdy kobieta szuka wyłącznie antykoncepcji „awaryjnej", a nie chce zrezygnować ze starania się o potomstwo[136].

Zaletą wewnątrzmacicznych miedzianych wkładek jest brak negatywnego oddziaływania na seksualność kobiety. Nie wywierają one wpływu na gospodarkę hormonalną oraz nie zaburzają naturalnego cyklu płciowego. Negatywnym skutkiem użycia tej metody

[134] Ibidem.
[135] K. Meisenbacher, *Antykoncepcja. Metody, zastosowanie, poradnictwo*, Wydanie I polskie poda redakcja T. Pertyńskiego, T. Zyssa, Wrocław 2008, s. 206.
[136] Ibidem, s.211.

antykoncepcyjnej może być zwiększenie objętości traconej krwi, wydłużenie czasu trwania menstruacji oraz niekiedy nasilenie dolegliwości bólowych w czasie miesiączki[137].

Wkładki wewnątrzmaciczne zaliczane są do jednych z najskuteczniejszych metod antykoncepcyjnych, a ich wskaźnik Pearla wynosi około 0,02. Skuteczność tej metody jest zależna od prawidłowego położenia jej w jamie macicy, co należy regularnie oceniać podczas kontroli lekarskich. Istotna jest także wymiana wkładki po upływie terminu ważności[138].

Wkładki uwalniające lewonorgestrel mogą niekiedy zaburzyć rytm miesiączek oraz zmniejszyć objętość krwawień. Negatywnym skutkiem ich stosowania może być nasilenie zmian trądzikowych u kobiet ze skłonnością do ich występowania. Jest to istotny aspekt, bowiem może wpływać na samoakceptację kobiety, a tym samym wywierać negatywny wpływ na jej życie seksualne. Ryzyko nasilenia się zmian skórnych dotyczy jednak wyłącznie kobiet, które aktualnie zmagają się z tym problemem. Jest to więc metoda używana głównie przez kobiety dojrzałe, u których zmiany trądzikowe należą do rzadkości[139].

Badania przeprowadzone przez Z. Izdebskiego dowodzą, że najpopularniejszą metodą stosowaną w Polsce są prezerwatywy - korzysta z niej 45% respondentów. Drugą co do popularności metodą są doustne tabletki antykoncepcyjne, z których korzysta 24% badanych. Trzecią w kolejności metodą jest stosunek przerywany, stosowany przez 16% badanych. Należy jednak podkreślić, że stosowanie tej metody jest najczęściej podyktowane brakiem wiedzy na temat jej niskiej skuteczności. Natomiast 12% badanych stosuje metodę kalendarzykową[140].

Dla porównania można przywołać wyniki badań na temat wyboru metod antykoncepcyjnych przez kobiet w Australii w latach 2001-2002: najpopularniejszą metodą antykoncepcyjną wskazaną w tym badaniu była antykoncepcja hormonalna – korzystało z niej 33,6% respondentek. Antykoncepcji chirurgicznej (sterylizacji) poddało się 22,5% badanych kobiet, a 19,3% badanych wskazało, że ich męski partner seksualny poddał się temu zabiegowi. Często wybieraną metodą antykoncepcyjną były także prezerwatywy dla mężczyzn – 21,4^ badanych. Zdecydowanie rzadziej wskazywano w badaniu na stosowanie metody stosunku

[137] R. Dębski, *Antykoncepcja i seksualność…*, op. cit., s. 441-442.
[138] I. Nowak, *Spirala antykoncepcyjna – skuteczność, wady, skutki uboczne,* https://www.heydoc.pl/s/article/Spirala-antykoncepcyjna-skutecznosc-wady-skutki-uboczne [22.02.2022 r.].
[139] roku Dębski, *Antykoncepcja i seksualność…,* op. cit. s. 442.
[140] Z. Izdebski, *Seksualność Polaków na początku XXI w.*, Kraków 2012.

przerywanego (4,5%) oraz „kalendarzyka małżeńskiego" (4,4%). Popularność pozostałych metod antykoncepcyjnych w omawianym badaniu nie przekroczyła 2%[141].

Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych ukazują zmiany w zainteresowaniu poszczególnymi metodami antykoncepcyjnymi na przestrzeni lat. Spośród kobiet w wieku 15-44 lat najczęściej wybieraną metodą była antykoncepcja doustna hormonalna – w roku 1982 stawało ją 28% badanych kobiet, a w 2002 roku 30,6%. Wyraźnie widoczna jest zmiana w zainteresowaniu zabiegiem sterylizacji – w 1982 23,2% badanych poddało się takiemu zabiegowi, w 1995 roku – 27,8%, a w 2002 – 27,0%. Wzrostem popularności cieszyły się także prezerwatywy. W 1982 korzystanie z tej metody antykoncepcyjnej deklarowało zaledwie 12% kobiet, a w 1995 już aż 20,4%[142]. Niewątpliwie wzrost popularności tej metody był związany z jej cechą jaką jest ochrona przed chorobami wenerycznymi. Pandemia HIV/AIDS w latach 80. XX wieku poszerzyła społeczną świadomość o chorobach przenoszonych drogą płciową oraz o sposobach zapobiegania temu.

Wyniki badań przeprowadzonych na kobietach w wieku 15-49 lat w Stanach Zjednoczonych, gdzie sterylizacja jest legalna. Jak wykazano w badanym okresie 2015-2017 najpopularniejszą metodą stosowaną przez kobiety była sterylizacja (18,6% badanych), kolejną tabletki antykoncepcyjne (12,6% badanych), następnie długodziałające odwracalne środki antykoncepcyjne (ang. *long-acting reversible contraception*; 10,3% badanych), używanie prezerwatyw zadeklarowało zaledwie 8,7% biorących udział w badaniu kobiet[143].

Przedstawione wyżej badania ukazują, że w państwach w których legalne jest przeprowadzenie sterylizacji jest to metoda ciesząca się popularności. Jak pokazały badania, w zależności od momentu ich przeprowadzenia oraz od państwa, w którym zostały przeprowadzone poddanie się temu zabiegowi deklaruje między 18,6% a 27,8% badanych kobiet. Jest to więc obok antykoncepcji hormonalnej oraz prezerwatyw jedna z najczęściej stosowanych metod antykoncepcyjnych.

[141] J. Bancoft, (redakcja wydania I polskiego Z. Lew-Starowicz, A. Robocha), *Seksualność człowieka*, Wrocław 2011, s. 463.
[142] Ibidem
[143] K. Daniels, J. C. Abama, *Current Contraceptice Status Among Woman Aged 15-49: United States, 2015-2017*, NCHS Data Brief 2018, nr 327, s. 6.

§ 4. Sterylizacja kobiet

Zabiegi operacyjne podejmowane z myślą o sterylizacji nakierowane są na przerwanie ciągłości jajowodów. Przed laty głównym sposobem przeprowadzenia tej czynności medycznej było wycięcie fragmentu jajowodu. Obecnie wykorzystuje się metody endoskopowe, co znacznie zmieniło postępowanie oraz zmniejszyło obciążenie operacyjne pacjentki. Obecny w medycynie postęp ukierunkowany jest na opracowanie jak najskuteczniejszych metod zapobiegania ciąży. Aktualnie podręczniki ginekologiczne wyróżniają następujące metody sterylizacji: metodę laparoskopii, metodę laparotomii, metodę histeroskopii oraz metodę przezpochwowego otwarcia jamy brzusznej. Należy przy tym zaznaczyć, że wybór którejś z wymienionych metod nie determinuje jednego charakterystycznego tylko dla niej sposobu wykonania zabiegu[144].

Przy wykorzystaniu dostępu laparoskopowego wyróżnia się następujące metody stylizacji: wykorzystanie techniki elektrochirurgii jednobiegunowej do zamknięcia i odcinkowej resekcji jajowodu, wykorzystanie techniki elektrochirurgii jednobiegunowej do zamknięcia i przecięcia jajowodu, zamknięcie jajowodu za pomocą metody elektrokoagulacji dwubiegunowej oraz mechaniczne zamknięcie jajowodu przy użyciu klipsów lub krążków silikonowych[145]. Metoda jednobiegunowa polega na wygenerowaniu gęstej chmury elektronów wokół jednobiegunowej elektrody kleszczykowej. Po przejściu przez tkanki elektrony muszą za pośrednictwem elektrody biernej powrócić do generatora. Dzięki dużej powierzchni płytki uziemienia nie dochodzi do poparzenia tkanek pacjenta. Wykorzystanie tej metody przy zabiegu sterylizacji wiąże się z poddaniem jajowodu działaniu energii elektrycznej aż do momentu, gdy jego tkanki zbledną, pojawi się na nich obrzęk i zapadną się. Następnie odcinek jajowodu znajdujący się bliżej macicy koaguluje się w taki sam sposób, aż do czasu, gdy jajowód zostanie skoagulowany na odcinku 2-3 cm[146].

Metoda dwubiegunowa nie wymaga użycia płytki podstawowej. Zamiast płytki wykorzystuje się w niej odpowiednio skierowane kleszczyki – jedno z ramion pełni funkcję elektrody aktywnej, a drugie elektrody biernej. Następnie przy wykorzystaniu prądu o niskim napięciu i wysokiej częstotliwości oddziałuje się na miejsce kontaktu kleszczyków z tkanką[147].

[144] G. Martitusa, *Operacje ginekologiczne*, Wrocław 2000, s. 237-238.
[145] L. Seperoff, P.D. Darney, *Antykoncepcja*, Kraków 2013, s. 427.
[146] Ibidem, s. 430.
[147] Ibidem.

Wadą metod elektrochirurgicznych jest ryzyko poparzenia narządów jamy brzusznej czy też ryzyko uszkodzenia moczowodu, gdy dokonuje się koagulacji tkanki przylegającej do jajowodu. Takie zagrożenie nie występuje natomiast przy zamknięciu jajowodu przy użyciu klipsów czy krążków. Można wskazać trzy powszechnie stosowane typy przyrządów: sprężynowe klipsy Hulki i Clemsona, klipsy Filshiego i silikonowe krążki Falope lub Yoon. Mechaniczne zamknięcie jajowodów może wiązać się z obniżeniem skuteczności spowodowanej defektami produkcyjnymi przyrządów lub wadliwym ich zastosowaniem. Skuteczność tej metody jest niższa także w użyciu jej bezpośrednio po porodzie lub przy zakładaniu na rozszerzony jajowód[148].

Metoda minilaparoskopii polega na stworzeniu dostępu do jajowodów za pomocą niewielkiego nacięcia (o długości ok. 2-4 cm) w okolicy nadłonowej. Przy tak uzyskanym dostępie do jajowodów możliwe jest nałożenie klipsa lub krążka albo wykorzystanie metody Pomeroya polegającej na zmierzeniu i całkowitym usunięciu części jajowodu[149].

Metoda sterylizacji histeroskopowej polega na wprowadzeniu do jajowodu przy użyciu histeroskopu specjalnych zwojów, które po upływie kilku miesięcy obrastają w tkankę i tym samym uniemożliwiają przedostanie się komórki jajowej do macicy. Oznacza to, że nie jest to metoda skuteczna od razu. W okresie do trzech miesięcy po zabiegu pacjentka musi stosować inne metody antykoncepcyjne. Skutki uboczne przy zastosowaniu tej metody dotykają kilku procent pacjentek i są to najczęściej krwawienie lub zakażenie[150]. Wykorzystanie metody przezpochwowego dostępu do jajowodów wiąże się ze znacznym ryzykiem powikłań zakaźnych i sporadycznie powstających ropni w jamie macicy, dlatego też lekarze odchodzą od jej stosowania.

Zabieg sterylizacji kobiet nie jest oferowany przez gabinety ginekologiczne w Polsce, stąd też nie można podać kosztów przeprowadzenia takiego zabiegu, jak zostało to wskazane w odniesieniu do wazektomii. Analizując oferty zagranicznych gabinetów można wskazać, że poddanie się takiemu zabiegowi w Niemczech waha się w granicach od 600 do 1000 euro[151],

[148] Ibidem, s.431.
[149] Ibidem, s. 436.
[150] I. Nowak, *Sterylizacja chirurgiczna u kobiet i mężczyzn – na czym polega?* https://www.heydoc.pl/s/article/Sterylizacja-chirurgiczna-u-kobiet-i-mezczyzn-na-czym-polega [dostęp:18.02.2022].
[151] *Die Sterilisation der Frau*, https://www.familienplanung.de/verhuetung/verhuetungsmethoden/sterilisation/sterilisation-der-frau/ [dostęp: 15.02.2022].

w Słowacji 500-600 euro, a w Czechach 3300-3700 zł[152]. Niekiedy w podaną cenę wliczony jest dojazd. Można więc zauważyć, że sterylizacja kobieca niesie ze sobą wyższe koszty niż sterylizacja męska, co jest związane m.in. z większym stopniem skomplikowania zabiegu.

Po zabiegu sterylizacji, podobnie jak przed nim, w każdym cyklu menstruacyjnym z reguły zachodzi jajeczkowanie. Po sterylizacji komórka jajowa może jedynie dotrzeć do miejsca przecięcia jajnika. Pozostając w tym miejscu jest resorbowana przez organizm i ulega rozpuszczeniu[153].

Część kobiet z biegiem czasu żałuje poddania się zabiegowi sterylizacji i szuka szansy na odwrócenie jego skutków. Odwrócenie skutków sterylizacji wymaga operacji z otwarciem jamy brzusznej, która nie zawsze przynosi pożądany skutek. Szanse na resterylizację zależą od techniki, za pomocą której przeprowadzono zabieg sterylizacji oraz od wielkości uszkodzeń jajowodów[154].

Poddania się zabiegowi sterylizacji najczęściej żałują kobiety, które poddały się mu w młodym wieku (poniżej 30 lat). Zauważa się, że grupą negatywnie podchodzącą do przeprowadzonego zabiegu ubezwładnienia bywają także kobiety, które poddały się temu zabiegowi przy okazji rodzenia dziecka przez cesarskie cięcie. Badania przeprowadzone w USA wykazują, że po roku żałuje go 2% pacjentek, a po dwóch latach 2,7%. Jest to zdecydowanie mniej niż w drugiej połowie XX wieku – badanie z 1995 roku wskazywało, że prawie 25% Amerykanek poddanych zabiegowi sterylizacji lub/oraz ich partnerzy chciałoby odwrócić jego skutki[155].

Podobne wnioski przyniosły badania z 2000, 2002 czy 2003 roku. Zauważano tendencję zgodnie z którą, wraz z wzrostem wieku, w którym kobiety poddały się temu zabiegowi spadał odsetek pacjentek, które żałowały takiej decyzji. Ponadto kobiety, które poddały się sterylizacji w późniejszym wieku rzadziej poddawały się zabiegowi mającemu na celu odwrócenie jego skutków[156].

---

[152] Patrz np. *Zabiegi ginekologiczne*, https://www.klinika-ginekologiczna.com/zabiegi-ginekologiczne-cennik/ [dostęp: 15.02.2022].
[153] S. Knöpfel, K. Hoffmann, A*ntykoncepcja – jaką metodę powinnam wybrać?*, Z. Zdrojewicza (red.), Wrocław 2008, s. 122.

[154] K. Meisenbacher, *Antykoncepcja. Metody, zastosowanie, poradnictwo*, T. Pertyńskiego, T. Zyssa (red.), Wrocław 2008, s.129.
[155] L. Seperoff, P.D. Darney, *Antykoncepcja*, Kraków 2013, s. 440.
[156] K.M. Curtis, A.P. Mohllajee, *Regret following female sterilization at a young age: a systematic review*. "Contraception" *2006*, nr *73*(2), s. 205-210.

Zabieg przywrócenia drożności jajowodów przeprowadzany jest z powodzeniem, w przypadkach, gdy jajowody zostały uszkodzone jedynie w niewielkiej części. Z uwagi na to częstość poczęć jest najmniejsza u kobiet, u których zastosowano metodę elektrokoagulacyjną, a np. w przypadku zastosowania klipsów sięga 70-80%[157].

Inne badania wskazują, że skuteczność zajścia w ciążę po przeprowadzeniu zabiegu przywrócenia ciągłości jajowodów waha się między 42 a 69%. Jako główny czynnik determinujący zajście w ciążę wskazano wiek[158]. Należy zauważyć, że jest to wskaźnik zdecydowanie niższy niż w przypadku odwracania skutków sterylizacji u mężczyzn. Zabieg przywracania drożności jajowodów przeprowadzany jest u 2 na 1000 kobiet poddanych wcześniej zabiegowi sterylizacji[159]. W przypadku, gdy niemożliwe jest odwrócenie skutków sterylizacji, a kobieta chciałaby posiadać potomstwo, jest to możliwe przy wykorzystaniu metody *in vitro*.

W przeciwieństwie do zabiegu sterylizacji, w Polsce kobieta może poddać się operacji mającej na celu przywrócenie drożności jajowodów. Cena takiego zabiegu zależy od gabinetu oraz od metody jaką zostało przeprowadzone ubezpłodnienie. Nie jest to jednak zabieg powszechnie wykonywany, a koszt jego przeprowadzenia zaczyna się od ponad 15 000 zł[160].

Warto poruszyć wpływ przeprowadzenia zabiegu dobrowolnej sterylizacji na psychikę kobiety. Liczba kobiet poddających się sterylizacji w celach antykoncepcyjnych rośnie, a mimo to nie obserwuje się wzrostu natężenia występowania negatywnych konsekwencji psychologicznych decyzji o poddaniu się temu zabiegowi. Najczęściej wykonania zabiegu żałują kobiety, które zmieniły partnera, a co za tym idzie pojawiła się u nich chęć posiadania potomstwa. W związku z rosnącą liczbą rozwodów wskazane jest obserwowanie opisanej zależności. Można przyjąć, że częstsze rozstawanie się małżeństw może wpłynąć na popularność sterylizacji[161].

Sterylizacja kobiet nie wpływa negatywnie także na ich sferę seksualną. Życie seksualne pacjentek po przeprowadzeniu zabiegu zmienia się zwykle na korzyść. Wykluczenie ryzyka

[157] Ibidem.
[158] J.A.H. van Seeters, S.J. Chua, B.W.J. Mol, C.A.M. Koks, *Tubal anastomosis after previous sterilization: a systematic review*, „*Human Reproduction Update*" 2017, vol. 23, s. 358-370.
[159] L. Seperoff, P.D. Darney, *Antykoncepcja…,* op.cit., s. 441.
[160] Patrz. np. Zabiegi laparoskopowe, https://szpital.medfemina.pl/zabiegi-laparoskopowe/ [dostęp:22.02.2022].
[161] J. Bancoft, (redakcja wydania I polskiego Z. Lew-Starowicz, A. Robocha), *Seksualność człowieka*, Wrocław 2011, s. 474-475.

nieplanowanej ciąży może wpłynąć na wyzbycie się zahamowań przez partnerów oraz skutkować większą spontanicznością w trakcie współżycia[162].

Prowadzone na przestrzeni lat badania różnie wskazywały na zależności między przeprowadzeniem zabiegu sterylizacji a przebiegiem menstruacji, objętości traconej krwi oraz nasileniem bólu menstruacyjnego. Jednak badania U. S. Collaborative Review od Sterilization nie potwierdziły, by po 2 i 5 latach od wykonania zabiegu sterylizacji jajowodowej zwiększyła się u pacjentek częstotliwość miesiączkowania[163].

Bezpośrednio po zabiegu możliwe jest występowanie przejściowego podrażnienia lub zaburzenia ukrwienia jajników. U części pacjentek występują nieznaczne krwawienia z pochwy, utrzymujące się w okresie do dwóch dni po zabiegu. W przypadku użycia klipsów typowym powikłaniem są bóle brzucha powstające przez niedokrwienie zaciśniętych fragmentów jajowodów[164].

Należy zauważyć, że zgony w wyniku powikłań pozabiegowych należą do rzadkości, dotyczą około dwóch na tysiąc pacjentek. W od 1/3 do 2/3 przypadków jest to związane z powikłaniami po znieczuleniu ogólnym. Wyraźnie mniejsze jest ryzyko śmierci przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego. Śmiertelność z przyczyn chirurgicznych jest związana głównie z zakażeniami i krwawieniem. Tego rodzaju powikłania obserwuje się u o 1,5-7% pacjentek, które poddano operacji otwarcia jamy brzusznej i 1-5% pacjentek, u których przeprowadzono laparoskopię[165].

Możliwym skutkiem niepożądanym przy sterylizacji jest ciąża pozamaciczna. Szczególne ryzyko takiego powikłania jest związane z przeprowadzeniem zabiegu ubezpłodnienia bezpośrednio po porodzie, po poronieniu samoistnym czy też po zabiegu aborcji. Od objawów niepożądanych warunkowanych zabiegiem sterylizacji należy odróżnić dolegliwości związane z aspektami takimi jak odstawienie stosowanych wcześniej tabletek antykoncepcyjnych czy też psychicznych przeżyć związanych z poddaniem się temu zabiegowi[166].

[162] L. Seperoff, P.D. Darney, *Antykoncepcja…*, op. cit., s. 438.
[163] Ibidem, s. 439-440.
[164] K. Meisenbacher, *Antykoncepcja. Metody, zastosowanie, poradnictwo*, T. Pertyńskiego, T. Zyssa (red.), Wrocław 2008, s.127-128.
[165] Ibidem, s. 128.
[166] Ibidem, s. 129.

Dawniej stosowane metody sterylizacji stwarzały ryzyko uszkodzeń nerwów lub naczyń krwionośnych znajdujących się w jajowodach. Skutkiem tego mogło być występowanie krwawień w środku cyklu lub dolegliwości klimakteryczne. Takie powikłania w przypadku sosowanych nowoczesnych technik zabiegowych niemal nie występują[167].

Kobieca sterylizacja zdaje się być zabiegiem znacznie bardziej skomplikowanym niż wazektomia, aczkolwiek lekarze wciąż opisują ją jako zabieg stosunkowo prosty. Należy też zwrócić uwagę, na to że powikłania pozabiegowe mogące pojawić się u kobiet również mają znacznie bardziej obciążający charakter, niż te które mogą wystąpić u mężczyzn. Cena kobiecej sterylizacji jest również znacznie wyższa niż zabiegów wykonywanych u mężczyzn. Przede wszystkim jest to uwarunkowane brakiem w Polsce gabinetów, które oferowałyby takie usługi. Kobiety zmuszane są więc do zagranicznych wyjazdów, z czym wiążą się dodatkowe koszty.

Badania ukazują różne szanse powodzenia podczas operacji przywrócenia drożności jajowodów. Wpływ na to ma wiek kobiety, czas, który upłynął od przeprowadzenia zabiegu sterylizacji oraz technika jaką sterylizacja została przeprowadzona. W najkorzystniejszej konfiguracji szanse na odwrócenie skutków zabiegu sięgają 80%. Przywrócenie drożności jajowodów nie jest jednoznaczne z możliwością zajścia w ciążę, lecz kobieta po sterylizacji nie musi koniecznie zrezygnować z posiadania potomstwa, ponieważ wciąż może zajść w ciążę przy wykorzystaniu metody *in vitro*.

Komórka jajowa do procedury in vitro pobierane są metodą punkcji. Przed przeprowadzeniem punkcji pacjentce podaje się stymulację hormonalną, której celem jest pobudzenie jajników do uwolnienia jak największej ilości komórek podczas cyklu. Celem zabiegu jest pobranie możliwie największej ilości komódek jajowych bezpośrednio z jajników. Komórki następnie są zamrażane i poddawane procedurze in vitro.

Zabieg pobrania komórek jajkowych przeprowadzany jest w znieczuleniu ogólnym, co powoduje, że pacjentka nie czuje bólu i śpi cały zabieg. Pobrane komórki są oceniane przez embriologa w laboratorium przez kryterium dojrzałości. Embriolog wybiera te komórki, które dają największe szanse na powodzenie procedury zapłodnienia pozaustrojowego. W przypadku podjęcia przez pacjentkę pozytywnej decyzji o zapłodnieniu in vitro to jeszcze tego samego dnia wykonywana jest procedura zapłodnienia komórki. Ilość zarodków przygotowanych do transferu zależy od pary – w celu zminimalizowania ryzyka ciąży mnogiej kobietom do 35 roku życia podaje się jeden zarodek, zaś starszym jeden lub dwa. Pozostałe zaordki można zamrozić

[167] Ibidem, s. 128.

z myślą o ewentualnych przyszłych próbach ponownego poddania się procedurze in vitro. Pacjentka może także podjąć decyzję o przekazaniu zarodków do anonimowej adopcji[168].

Niewątpliwą zaletą tej formy antykoncepcji jest jej skuteczność, która wpływa na jakość życia seksualnego pacjentek. Przy sterylizacji nie występują skutki uboczne innych form antykoncepcji, jak prezerwatywy czy doustnej antykoncepcji hormonalnej. Ponadto sterylizacja jest dobrym rozwiązaniem w przypadku, gdy kobieta ma reakcję uczuleniową na inne metody antykoncepcyjne lub istnieją inne przeciwwskazania medyczne do ich stosowania. Natomiast powikłania pozabiegowe nie są częste, a w wielu przypadkach nie dotyczą one samego przebiegu zabiegu, lecz powikłań po znieczuleniu ogólnym.

[168] *Punkcja jajowodów – biopsja jajników w trakcie procedury in vitro,* https://medistica.com.pl/ginekologia-plodnosc/punkcja-jajnikow-biopsja-jajnikow-w-trakcie-procedury-in-vitro/ [dostęp: 17.06.2022].

Rozdział III

Prawo polskie wobec zabiegu sterylizacji

§ 1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r.[169]

Zmiany ustrojowe następujące w Polsce po 1989 roku wiązały się z wydaniem licznych nowych aktów prawnych. Konieczna była również rewizja ustroju oraz przygotowanie nowych konstytucyjnych ram funkcjonowania państwa. Prace te zapoczątkowała ustawa z dnia 23 kwietnia 1992 roku o trybie przygotowania i uchwalenia Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej[170]. Prace nad nową ustawą zasadniczą toczyły się nierównym tempem w latach 1993-1997. Do Zgromadzenia Narodowego wpłynęło siedem projektów, różniących się między sobą głównie w trzech zasadniczych kwestiach, którymi były: pozycja prezydenta względem parlamentu, pozycja Kościoła i prawo do wolności wyznania i religii oraz tzw. prawa socjalne[171].

Prace Komisji Konstytucyjnej Zgromadzenia Narodowego zakończyły się spisaniem projektu, który został uchwalony przez Zgromadzenie 22 marca 1997 roku Kolejnym etapem było zgłaszanie poprawek przez Prezydenta, które zostały rozpatrzone, a ostateczny tekst Konstytucji przyjęto 2 kwietnia 1997 roku Następnym etapem zatwierdzenia tego szczególnego aktu prawnego było referendum konstytucyjne, które miało miejsce 25 maja 1997 roku Obywatele wyrazili w nim swoją wolę przyjęcia Konstytucji, która weszła w życie 17 października 1997 r., po zatwierdzeniu przez Sąd Najwyższy wyników referendum[172].

W obowiązującej już od ponad 25 lat Konstytucji jeden z rozdziałów został poświęcony wolnościom, prawom człowieka i obywatela. Granice korzystania z wolności zostały wyznaczone w taki sposób, aby umożliwić korzystanie z nich każdemu członkowi społeczeństwa. Przewidziano również system ochrony wolności polegający na obowiązku

[169] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. 1997 nr 78, poz. 483 ze zm., dalej jako „Konstytucja RP".
[170] Ustawa z dnia 23 kwietnia 1992 roku o trybie przygotowania i chwalenia Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 1992 nr 67 poz. 336 ze zm.
[171] L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne*. *Zarys wykładu*, Warszawa 2022, s. 35-36.
[172] Ibidem.

powstrzymania się od zachowań mogących uniemożliwić swobodne korzystanie z wolności innym[173].

Prawa zostały jednoznacznie określone w normach zawartych w obowiązujących przepisach. Ich istnienie jest związane z adekwatnym obowiązkiem określonego zachowania po stronie państwa. Dlatego też przykładowo prawo jednostki do rzetelnego procesu sądowego jest związane z obowiązkiem ze strony państwa do zapewnienia sprawiedliwego i praworządnego procesu.

Obowiązki są sformułowane w dyspozycjach norm prawnych stanowiących nakazy zachowania się w sposób opisany w hipotezie normy. Jednym z obowiązków jednostki przewidzianych w ustawie zasadniczej jest nakaz ponoszenia ciężarów i świadczeń publicznych, w tym podatków. Obowiązek ten jest doprecyzowany w ustawach, a towarzyszy mu aparat umożliwiający jego egzekwowanie. Bez wypełnienia wspomnianego obowiązku nie jest możliwa realizacja zadań państwa[174].

Rozdział drugi Konstytucji zawiera więc postanowienia odnoszące się do statusu jednostki, w tym niektórych procedur i instytucji gwarancyjnych. Należy zwrócić przy tym uwagę, że także preambuła oraz rozdział pierwszy samodzielnie określają prawa i wolności jednostki oraz tworzą wskazówki interpretacyjne do pozostałych przepisów[175]. Już we wstępie do Konstytucji można przeczytać, że wszyscy obywatele są równi wobec prawa, co jest podstawową zasadą demokratycznego państwa prawa.

Artykuł 30 Konstytucji ustanawia zasadę ochrony godności człowieka, która wcześniej w polskich konstytucjach nie występowała. Zgodnie z nią przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Godność jest nienaruszalna, a władza publiczna ma obowiązek ją szanować oraz chronić.

Nadanie godności człowieka normatywnego charakteru niesie ze sobą cztery istotne konsekwencje:

- ustanawia Konstytucję jako akt prawa pozytywnego o nadrzędnym charakterze,
- stawia godność człowieka jako podstawową wartość determinującą proces wykładni i stanowienia całej Konstytucji,

[173] K. Eckhardt, *Wolności, prawa i obowiązki obywatela i człowieka* [w:] J. Buczkowski (red.) Ł. Buczkowski, K. Eckhardt, Prawo konstytucyjne RP (Instytucje wybrane), Przemyśl-Rzeszów 2012, s. 43-44.
[174] Ibidem, s. 63.
[175] L. Garlicki, Rozdział II. *Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela [w:] G. Śniadowska, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*. Komentarz. Tom II., s. 19.

- zarysowuje system i zakres poszczególnych praw jednostki,
- formułuje prawo jednostki o odrębnej treści.

Godność człowieka jest źródłem jego praw. Jednostka nie może się jej zrzec, ani też nie może ona być jej odebrana. Jak zostało podkreślone wyżej, każdemu prawu odpowiada określony obowiązek ze strony państwa. W tym przypadku organy władzy publicznej mają obowiązek szanowania i ochrony godności człowieka. Jak zauważa Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 4 kwietnia 2001 r.[176] działania władzy powinny uwzględniać istnienie pewnej autonomii jednostki, w obrębie której człowiek może samodzielnie realizować się społecznie. Poszanowanie godności człowieka wiąże się także z zaniechaniem podejmowania zachowań stwarzających możliwość odebrania jednostce poczucia godności. Obowiązek „ochrony" godności człowieka jest związany przede wszystkim z działaniem władzy publicznej polegającym na zapewnieniu poszanowania godności przez pozostałe podmioty stosunków społecznych[177].

W art. 31 Konstytucji sformułowana jest zasada wolności. Z ust. 1 przywołanego przepisu wynika, że wolność jest nieodłącznym przymiotem człowieka. Konstytucja nie nadaje mu tej cechy – jest ona już jego częścią przed spisaniem tekstu ustawy zasadniczej, która jedynie stanowi o jej ochronie. Zasada wolności pełni funkcję ustrojową, co oznacza, że ustrój państwa opiera się na wolności, traktowanej jako dobro chronione prawem[178].

Wolność powinna być rozumiana jako swoboda decydowania o własnym postepowaniu, obejmująca sferę wewnętrzną i zewnętrzną człowieka. Wiąże się to z możliwością podjęcia przez jednostkę działania oraz swobody zaniechania takiego działania. Obowiązek państwa dotyczący ochrony wolności jest realizowany poprzez stanowienie prawa uniemożliwiającego ingerencję w sferę wolności przez inne podmioty, w tym osoby fizyczne i prawne. Umieszczenie zasady ochrony wolności na początku rozdziału Konstytucji nie jest przypadkowe – zaznacza to jej wagę, a wraz z zasadą ochrony godności tworzą one podstawę katalogu wolności i praw. Poszczególne elementy tego katalogu powinny być interpretowane w duchu tych zasad[179].

Ingerencja władzy państwowej w sferę wolności człowieka może przebiegać wyłącznie w formach i sytuacjach przewidzianych w Konstytucji. Sformułowana w opisywanym przepisie

[176] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 4 kwietnia 2001 r., K 11/00.
[177] L. Garlicki, *Rodział II*, op. cit., s. 46.
[178] P. Tuleja [w:] P. Czarny, M. Florczak-Wątor, B. Naleziński, P. Radziewicz, P. Tuleja, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, wyd. II*, LEX/el. 2021, art. 31.
[179] Ibidem.

zasada wolności tworzy domniemanie sfery swobodnych działań i decyzji, a jej ograniczenia wymagają każdorazowo interwencji prawodawcy. Oznacza to, że prawa i wolności konstytucyjne nie mają charakteru absolutnego. Treść art. 21 ust. 3 wyznacza granice interwencji władzy publicznej w sferę autonomii jednostki, w której może ona realizować swoje prawa i wolności konstytucyjne[180].

Przepis art. 31 ust. 3 Konstytucji z jednej strony wyznacza granice dozwolonej interwencji w wolności i prawa, a z drugiej tworzy upoważnienie do ustanawiania ich ograniczeń. Jest to wyrazem dopuszczalności ograniczenia praw i wolności jednostki, co wyraża ideę braku ich absolutnego charakteru, powszechną we wszystkich społeczeństwach demokratycznych. Prawo do ograniczenia nie wynika wyłącznie z przytoczonego przepisu, lecz może być także wynikiem kolizji dóbr konstytucyjnych. Rozważając kwestię ingerencji władzy państwowej w sferę wolności jednostki należy ustalić, czy dane prawo podlega ograniczeniu, czy też z racji swojej wyjątkowości ma charakter absolutny. W przeciwnym razie można by dojść do mylnego wniosku, że uchylone może być np. prawo wolności od tortur, co nie licuje z ideami demokratycznego państwa prawa. Ponadto jak zauważył Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 6 lipca 1999 r[181]. – skonstruowane w tym przepisie ramy interwencji państwowej dotyczą wyłącznie praw i wolności konstytucyjnych, nie zaś tych określonych w ustawach czy umowach międzynarodowych[182].

Norma sformułowana w art. 31 ust. 3 Konstytucji wyznacza granicę ingerencji w sferę praw i wolności konstytucyjnych, konstruując ogólne przesłanki, które muszą być spełnione, aby ingerencja ta była zgodna z prawem. Jest to przepis wyjątkowy, ponieważ zawęża prawa i wolności jednostki, które są przecież gwarantowane konstytucyjnie. Przepis ten powinien być interpretowany w myśl zasad wykładni wyjątków, co wiąże się przede wszystkim z zakazem stosowania przy nim wykładni rozszerzającej[183].

Formalną regułą dotyczącą ograniczenia wolności i praw konstytucyjnych jest dopuszczalność podjęcia takiego działania wyłącznie w ustawie. Przejście aktu normatywnego rangi ustawy przez cały proces legislacyjny ma być wyrazem wysokiej rangi regulacji oraz tworzyć domniemanie, że jest to w pełni przemyślana decyzja reprezentantów suwerena.

[180] L. Garlicki, K. Wojtyczek [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom II, wyd. II*, red. M. Zubik, Warszawa 2016, art. 31.
[181] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 6 lipca 1999 roku sygn. akt P 2/99; jak również wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 lipca 2000 r., sygn. akt. SK21/99 oraz Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 lipca 2002 r., sygn. akt. U 7/01.
[182] L. Garlicki, art. 31, op. cit.
[183] Ibidem.

Ustrojodawca wymienia sześć przyczyn, które mogą stanowić podstawę ingerencji w sferę wolności jednostki. Zgodnie z dyspozycją art. 31 ust. 3 Konstytucji RP prawa i wolności konstytucyjne mogą ulec ograniczeniu w celu ochrony: bezpieczeństwa publicznego, porządku publicznego, środowiska naturalnego, zdrowia publicznego, moralności publicznej oraz praw i wolności innych osób[184].

Oprócz wspomnianej formalnej zapory dla ingerencji państwowej w sferę autonomii jednostki, Konstytucja wprowadza także dwie przesłanki merytoryczne. Pierwsza z nich dotyczy samego prawa mającego ulec ograniczeniu – nie może być ono całkowicie zniesione oraz nie wolno naruszać jego istoty. Druga z nich głosi, że ograniczenie może być ustanowione wyłącznie, gdy jest to konieczne w demokratycznym państwie dla utrzymania ochrony wspomnianych wcześniej dóbr. Wynika z tego zasada proporcjonalności, zgodnie z którą zakazana jest nadmierna ingerencja w prawa i wolności jednostki[185].

Opisane wyżej zasady mają istotne znaczenie w kontekście wykładni pozostałych przepisów dotyczących praw i wolności człowieka i obywatela. Oczywiste jest, że Konstytucja nie odnosi się do zabiegu sterylizacji. Dzieje się tak z uwagi na ogólny charakter ustawy zasadniczej. W analizowanym rozdziale ustawy zasadniczej znajduje się jednak przepis, którego wykładnia w kontekście tego zabiegu medycznego jest szczególnie istotna.

Ustrojodawca w art. 47 Konstytucji ustanowił, że każdy ma prawo do prawnej ochrony prywatności. Niezwykle pojemna zasada autonomii jednostki jest związana z obowiązkiem poszanowania godności człowieka. Stanowi ona również punkt wyjścia dla szeregu innych gwarancji konstytucyjnych. Przepis ten jest tak skonstruowany, że tworzy samodzielne treści normatywne o trojakim znaczeniu: „prawo do ochrony prawnej życia prywatnego", „prawo do ochrony prawnej życia rodzinnego" oraz „prawo do ochrony prawnej czci i dobrego imienia"[186].

Trudno jest jednoznacznie zdefiniować konstytucyjne prawo do prywatności. Należy zauważyć, że istnieją w Konstytucji wartości samodzielne względem autonomii jednostki, które mogą niekiedy stać z nią w konflikcie. Przykładem może być konflikt prawa do życia i zdrowia

[184] K. Complak, *Komentarz do art. 31* [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. M. Haczkowska, Warszawa 2014.
[185] Ibidem.
[186] L. Bosek, *Komentarz do art. 47*, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red)., Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1-86, Legalis el.

z prawem do autonomii jednostki w kontekście eutanazji lub zgody pacjenta na niebezpieczny zabieg medyczny[187].

Problem interpretacyjny dotyczący zestawienia prawnej ochrony życia rodzinnego z gwarancją ochrony tradycyjnie rozumianej rodziny (art. 18 Konstytucji), gwarancją równości kobiety i mężczyzny w życiu rodzinnym (art. 33 ust 1 Konstytucji), prawem do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami (art. 48 Konstytucji) czy też ustanowieniem dobra rodziny jako celu polityki gospodarczej i społecznej państwa (art. 71 Konstytucji)[188].

B. Banaszak przyjmuje, że podlegające prawnej ochronie życie prywatne obejmuje wszystkie wewnętrzne przeżycia człowieka, jego oceny, refleksje, wrażenia zmysłowe, stan zdrowia oraz sytuacja majątkowa. Prywatność wymienionych elementów wiąże się z autonomią decydowania, o tym z kim jednostka chce się podzielić informacjami o nich. W rozumieniu zgodnym ze standardami państwa demokratycznego, życie prywatne dotyczy ogółu życia towarzyskiego, osobistego, tajemnicy korespondencji, ochrony danych osobowych oraz nienaruszalności mieszkania[189]. M. Florczak-Wątor słusznie zauważa, że życie prywatne jest szczególną sferą nieobejmującą działalności publicznej człowieka. W tym kontekście pojęcie działalności publicznej zawiera również aktywność zawodową i społeczną jednostki. W praktyce bywa trudno jednoznacznie i wyraźnie oddzielić sferę publiczną od prywatnej[190].

Zdaniem B. Banaszaka życie rodzinne wspomniane w art. 47 Konstytucji może być interpretowane jako sfera przeżyć i zdarzeń związanych z więzami rodzinnymi. Obejmuje ono również doświadczenia i tajemnice przeszłych pokoleń danej rodziny, pamięć o nich oraz przeżycia i wrażenia obecnych członków rodziny[191]. Rodzina powinna być interpretowana szeroko, obejmując nie tylko grupę osób połączoną więzami krwi czy opartą na formalnych związkach – zaliczamy do niej bowiem także partnerów niebędących w formalnym związku, lecz pozostających w związku faktycznym.

Życie rodzinne należy traktować jako element życia prywatnego, co powoduje, że sfery te nie mogą być precyzyjnie rozdzielone. W zakresie pojęcia życia rodzinnego zawierają się również relacje między członkami rodziny. Zasada ochrony rodziny i małżeństwa wyrażona

[187] Ibidem.
[188] Ibidem.
[189] B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Komentarz do art. 47*, Warszawa 2012, Legalis el.
[190] M. Florczak-Wątor, *Komentarz do art. 47* [w:] P. Tuleja (red.), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Wyd. II, 2021, LEX.
[191] B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej,* op. cit.

jest w art. 18 Konstytucji, lecz pełni ona inną funkcję niż ta wyrażona w art. 47. Zasada z art. 18 nakłada na państwo obowiązek podejmowania działań o charakterze pozytywnym, zaś ta z art. 47 tworzy podmiotowe prawo do ochrony życia rodzinnego, a co za tym idzie może być przedmiotem roszczeń jednostki[192].

Drugie prawo zawarte w normie art. 47 Konstytucji dotyczy wolności decydowania o swoim życiu osobistym. Jest ono w swojej istocie wolnością podejmowania decyzji dotyczących siebie i swojego życia i wiąże się z zakazem nienaruszania tej sfery wolności i nieingerowania w nią przez władze państwowa oraz inne podmioty prywatne. Jest to więc prawo do pozostawania w spokoju, silnie związane z godnością człowieka[193].

Prawo do prywatności wskazuje, że jest pewna sfera aktywności człowieka, która ze względu na swój charakter, przedmiot aktywności oraz emocjonalny związek z nią powinna pozostać wyłącznie w gestii swobody jednostki. Niewątpliwie życie rodzinne jednostki jest sferą niezwykle osobistą i powinno być wolne od ingerencji innych podmiotów. To człowiek samodzielnie decyduje o swoich wyborach w życiu rodzinnym, a niewątpliwie w tym obszarze znajduje się decyzja o posiadaniu potomstwa. Decyzja o przyjściu na świat dziecka jest jedną z najbardziej intymnych, jaką możemy sobie wyobrazić. Ingerencja władzy publicznej w tak wrażliwą i prywatną sferę może uchybiać zasadom demokratycznego państwa.

Decyzja o rodzicielstwie może być pozytywna lub negatywna. Wybór drugiej z wymienionych wiąże się ze stosowaniem antykoncepcji, w tym także tej chirurgicznej w postaci sterylizacji. Rozważania na gruncie Konstytucji RP dotyczące tego zabiegu medycznego sprowadzają się do odpowiedzi na pytanie, czy istnieją przesłanki mogące ograniczyć prawo do prywatności człowieka w kwestii takiej decyzji?

Zdaniem M. Kowalewskiej-Łaguny prawo do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu potomstwa można wyprowadzić z konstytucyjnego katalogu praw i wolności. Przywołana Autorka zauważa, że prawo do rodzicielstwa musi być interpretowane zarówno jako prawo pozytywne, jak i negatywne. Oznacza to zakaz ingerencji w podejmowanie decyzji o posiadaniu potomstwa, jak również neguje legalność działań zmuszających do posiadania dzieci. Zgodnie z tym każde działanie, czy to władzy państwowej czy też innych osób

[192] M. Florczak-Wątor, *Komentarz do art. 47,* op. cit.
[193] Ibidem.

ingerujące w tę strefę wolności jednostki należy uznać za naruszające podstawowe prawa każdego człowieka[194].

Swoboda decydowania o posiadaniu potomstwa mająca swoje źródło w art. 47 Konstytucji RP znajduje swoje skonkretyzowanie w ustawie z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży[195]. W preambule przywołanego aktu prawnego ustawodawca zwraca uwagę, że państwo uznaje „prawo każdego obywatela do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci".

W orzeczeniu z dnia 28 maja 1997 r.[196] Trybunał Konstytucyjny słusznie zauważa, że „prawo do rodzicielstwa musi być interpretowane w znaczeniu pozytywnym i negatywnym. Powinno to oznaczać zakaz podejmowania działań naruszających wolność jednostki w zakresie decyzji o posiadaniu dzieci, jak również zakaz działań wymuszających podejmowanie obowiązków rodzicielskich. Prawo to w sposób szczególny dotyczy decyzji o poczęciu dziecka. W istocie wszelką ingerencję, czy to władzy państwowej, czy to innych osób w tę sferę należałoby uznać za naruszenie podstawowego prawa każdego człowieka".

Prawo do ochrony życia rodzinnego zapisane w art. 47 Konstytucji jest źródłem wolności decydowania o posiadaniu dzieci. Dokonując wykładni tego przepisu należy zauważyć, że z jednej strony państwo nie powinno ingerować w decyzje o posiadaniu bądź nieposiadaniu potomstwa, z drugiej zaś nakładać na obywatela żadnych negatywnych konsekwencji w związku z dokonanymi przez niego wyborami.

Decyzja o poddaniu się zabiegowi sterylizacji może być interpretowana jako negatywna decyzja o posiadaniu dzieci. Zabieg ten postrzega się jako trwałą metodę antykoncepcyjną, co oznacza, że po jej zastosowaniu prawdopodobieństwo poczęcia dziecka bez ingerencji lekarza jest minimalne. Należy zauważyć, że poddanie się zabiegowi sterylizacji nie musi być równoznaczne z całkowitą rezygnacją z rodzicielstwa. Można bowiem wyobrazić sobie sytuację, w której zabiegowi chce się poddać osoba posiadająca już dzieci, która z uwagi na różnego rodzaju powody nie chce już powiększać swojej rodziny.

Mimo, że sterylizację postrzega się jako trwałą metodę antykoncepcji, to nie jest to faktycznie ostateczna decyzja o rezygnacji ze starania się o dziecko. Można bowiem poddać

[194] M. Kowalewska-Łaguna, *Dobrowolna sterylizacja w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, PiP 2014, nr 1, s. 20-36.
[195] Ustawa z dnia 7 stycznia o 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży, Dz.U. 1993 nr 17 poz. 78, dalej cytowana jako „u.p.r.o.p.".
[196] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 maja 1997 r., sygn. akt K 26/96.

się zabiegowi odwracającemu skutki sterylizacji, spróbować zapłodnienia *in vitro* czy też przejść procedurę przysposobienia dziecka. Z uwagi na wszystkie przytoczone argumenty należy dojść do wniosku, że zabieg ubezpłodnienia nie jest sprzeczny z art. 47 Konstytucji, a może być wręcz traktowany jako realizacja zawartego w nim prawa do ochrony życia rodzinnego. Wniosek ten nie przesądza jednak o legalności takiego zabiegu. Wolność prokreacyjna, jak każda inna wolność, może bowiem ulegać ograniczeniom.

§ 2. Kodeks karny z 1997 r.

Obecnie obowiązujący Kodeks karny jest trzecią tego typu regulacją obowiązującą na ziemiach polskich od momentu odzyskania niepodległości w 1918 roku Pierwszą z nich był tzw. „kodeks Makarewicza", czyli Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 roku - Kodeks karny[197]. Jego potoczna nazwa wzięła się od nazwiska jednego z członków komisji kodyfikacyjnej, którego światła myśl niewątpliwie wywarła znaczący wpływ na finalny kształt tego aktu prawnego[198]. We wspomnianym akcie normatywnym część szczególna została podzielona na dwadzieścia pięć rozdziałów, zaś rozdział dotyczący przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu został oznaczony numerem XXXV, czyli był na pozycji dziewiętnastej licząc od początku części szczególnej.

Kolejna kodyfikacja prawa karnego zakończyła się opublikowaniem ustawy z dnia 19 kwietnia 1969 roku Kodeks karny[199]. Część szczególna została podzielona na 18 rozdziałów, a ten poświęcony przestępstwom przeciwko życiu i zdrowiu znalazł się na miejscu trzecim w kolejności (rozdział XXI). Oznacza to, że znaczenie dobór chronionych prawem, takich jak życie i zdrowie człowieka znacznie wzrosło. W poprzedniej regulacji zamachy na te wartości kolejnością ustępowały, m.in. fałszywym zeznaniom czy przestępstwom przeciwko uczuciom religijnym[200].

Celem przyświecającym reformie prawa karnego po 1989 roku było zerwanie z totalitarną myślą państwa oraz nadanie prymatu ochronie wolności i praw jednostki. Wyraźnie było to widoczne w projekcie kodeku karnego z 1994 r., gdzie rozdział o przestępstwach

[197] Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 roku Kodek karny, Dz.U. 1932 nr 60, poz. 571.
[198] T. Bojarski, *Tradycja i postęp w nowelizacji prawa karnego – od Makarewicza do stanu obecnego*, „Teka Komisji Prawnej. Polska Akademia Nauk. Oddział w Lublinie 1" 2008, s. 8.
[199] Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 roku Kodeks karny, Dz.U. 1969 nr 13 poz. 94.
[200] Mowa tu o kolejności umieszczania kolejnych rozdziałów w kodeksie, nie zaś o ustawowym zagrożeniu karą.

przeciwko życiu i zdrowiu ustępował kolejnością w części szczególnej wyłącznie rozdziałowi o przestępstwach przeciwko pokojowi, ludzkości oraz przestępstwach wojennych. Ostatecznie zostało to zmienione i rozdział „Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu" został umiejscowiony na czwartej pozycji[201].

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny[202] w części szczególnej grupuje przestępstwa według rodzajowych dóbr podlegających ochronie prawnokarnej. Przedmiot ochrony danej grupy regulacji wyrażony jest w tytułach poszczególnych rozdziałów. Te rozdziały to: przestępstwa przeciwko pokojowi, ludzkości oraz przestępstwa wojenne (rozdział XVI), przestępstwa przeciwko Rzeczypospolitej Polskiej (rozdział XVII), przestępstwa przeciwko obronności (rozdział XVIII), przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu (rozdział XIX), przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu publicznemu (rozdział XX), przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji (rozdział XXI), przestępstwa przeciwko środowisku (rozdział XXII), przestępstwa przeciwko wolności (rozdział XXIII), przestępstwa przeciwko wolności sumienia i wyznania (rozdział XXIV), przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności (rozdział XXV), rozdział przeciwko rodzinie i opiece (rozdział XXVI), przestępstwa przeciwko czci i nietykalności cielesnej (rozdział XXVII), Przestępstwa przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową (rozdział XXVIII), przestępstwa przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego (rozdział XXIX), przestępstwa przeciwko wymiarowi sprawiedliwości (rozdział XXX), przestępstwa przeciwko wyborom i referendum (rozdział XXXI), przestępstwa przeciwko porządkowi publicznemu (rozdział XXXII), przestępstwa przeciwko ochronie informacji (rozdział XXXIII), przestępczości przeciwko wiarygodności dokumentów (rozdział XXXIV) przestępstwa przeciwko mieniu (rozdział XXXV), przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu (rozdział XXXVI) oraz przestępstwa przeciwko obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi (rozdział XXXVII).

W tytule rozdziału XIX zostały wskazane dobra prawne, które są chronione przepisami umieszczonymi w nim. Jak zostało nadmienione, są to życie i zdrowie człowieka. W opisywanym rozdziale przestępstwa zostały stypizowane w szesnastu artykułach. Z

[201] Z. Mielnik, *Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu w ujęciu nowego kodeksu karnego*, „Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny" 1997, z. 4, s. 11-12.
[202] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny, Dz.U. 1997 nr poz. 553 ze zm., dalej cytowana jako „Kodeks karny" lub „k.k.".

oczywistych względów prawo nie odnosi się do definicji zdrowia czy też życia, gdyż są to pojęcia z zakresu medycyny, nie zaś terminologii prawniczej.

Analiza stypizowanych w przedmiotowym rozdziale przestępstw powinna nasunąć wniosek, że chronione jest życie ludzkie także przed urodzeniem. Przepisy art. 152 i 153 k.k. obejmują prawnokarną ochroną prenatalną fazę egzystencji, albowiem w ich treści penalizacją objęto tzw. przestępstwa okołoaborcyjne – naruszające prawo przerwanie ciąży za zgodą kobiety[203] oraz wymuszenie aborcji.

Dokonując analizy art. 152 k.k. należy zwrócić uwagę, że stypizowany w nim występek jest przestępstwem powszechnym – jego sprawcą może być każdy, kto może ponosić odpowiedzialność na podstawie przepisów kodeksu karnego, jednak z wyłączeniem samej kobiety ciężarnej. Kobieta nie popełni przestępstwa zarówno, gdy sama doprowadzi do przerwania ciąży jak również, gdy nakłania lub udziela pomocy do tego. Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że w świetle warunków przewidzianych w ustawie, przerwania ciąży może dokonać wyłącznie lekarz specjalista. Oznacza to, że wykonanie tego zabiegu przez osobę nie posiadającą odpowiednich uprawnień będzie realizowało znamię dokonania tego „z naruszeniem przepisów ustawy"[204]. Przestępstwem powszechnym jest także czyn z art. 153 k.k. – jego sprawcą może być każdy, z wyjątkiem kobiety ciężarnej poddającej się zabiegowi przerwani ciąży[205].

Od strony podmiotowej zarówno czyn z art. 152, jak i 153 k.k. mogą być popełnione wyłącznie umyślnie. Oba przywołane przepisy wprowadzają także typy kwalifikowane penalizowanych w nim czynów. Znamieniem kwalifikującym jest osiągnięcie przez dziecko poczęte zdolności do samodzielnego życia poza organizmem ciężarnej kobiety. Określając moment, w którym dziecko poczęte osiąga zdolność do samodzielnego życia poza ustrojem, należy uwzględnić możliwości współczesnej medycyny, w tym w zakresie technik inkubacyjnych. Zazwyczaj dziecko pozyskuje taką zdolność, gdy czas ciąży przekracza 22 tygodnie, a masa ciała dziecka osiągnie co najmniej 500 g. Przywołane parametry wiążą się z

[203] Warunki dopuszczalności przerywania ciąży opisane są w art. 4a ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży, Dz.U. 1993 poz. 17 nr 78. Na moment pisania niniejszej pracy przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza w dwóch przypadkach: gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej lub gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstałą w wyniku czynu zabronionego.
[204] R. Kokot, *Komentarz do art. 152* [w:] R. A. Stefański, *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2023, Legalis el.; A. Zoll, *Kodeks karny, Komentarz. Część szczególna,* t. 2, Kraków 2006, s. 302.
[205] R. Królikowski, *Komentarz do art. 153* [w:] R. Królikowski, R. Zawłocki, *Kodeks karny. Część Szczególna. Tom II. Komentarz do art. 117-221*, Legalis el.

wykształceniem się w organizmie dziecka poczętego narządów umożliwiających realizację jego podstawowych funkcji życiowych[206].

Dobrem chronionym przez podane wyżej przepisy jest życie dziecka w trakcie całej fazy prenatalnego rozwoju – od momentu poczęcia do chwili rozpoczęcia porodu (za chwilę rozpoczęcia porodu przyjmuje się początek skurczy porodowych rozwierających) lub wystąpienia medycznej konieczności wywołania porodu lub zabiegu cesarskiego cięcia[207]. Wspomniane przestępstwa nie dotyczą jednak zarodka poczętego metodą *in vitro*, albowiem nie można mówić o ciąży aż do momentu wprowadzenia zarodków do jamy macicy[208]. Od momentu porodu czy też przyjścia na świat dziecka przez cesarskie cięcie jego życie jest chronione przez pozostałe przepisy, których przedmiotem ochrony jest życie i zdrowie człowieka. Innymi słowy od tej chwili noworodek nie jest już chroniony przepisami art. 152 i 153 k.k., lecz jego życie podlega takiej samej ochronie jak życie każdego człowieka.

Zdrowie dziecka poczętego jest dobrem chronionym przez przepis art. 157a § 1 k.k. - powodowanie tzw. uszczerbku prenatalnego – uszkodzenia ciała dziecka poczętego lub rozstroju zdrowia zagrażającego jego życiu. W art. 157a § 2 k.k. została wyłączona przestępność zachowania lekarza, który uszkodził ciało lub spowodował rozstrój zdrowia dziecka poczętego, lecz było to następstwem działań leczniczych, niezbędnych dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu lub życiu kobiety ciężarnej albo dziecka poczętego. Natomiast zgodnie z przepisem art. 157a § 3 k.k. za opisane w art. 157a § 1 k.k. zachowanie nie podlega karze matka dziecka poczętego – następuje tu wyłączenie karalności. Opisany w tym fragmencie przepis wyraźnie wskazuje, że także zdrowie dziecka poczętego jest objęte prawnokarną ochroną.

Do ochrony życia ludzkiego w fazie postnatalnej odwołuje się: art. 148 k.k. (zabójstwo), art. 149 k.k. (dzieciobójstwo), art. 150 k.k. (zabójstwo eutanatyczne), art. 151 k.k. (namowa i pomoc do samobójstwa), art. 154 k.k. (śmierć jako następstwo aborcji), art. 155 k.k. (nieumyślne spowodowanie śmierci, art. 155 § 3 k.k. (śmierć jako następstwo spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu), art. 158 § 3 k.k. (śmierć jako następstwo bójki lub pobicia), art. 162 k.k. (nieudzielenie pomocy). We wszystkich wymienionych przepisach, z wyjątkiem

[206] R. Kokot, *Komentarz do art. 152* [w:] R. A. Stefański, *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2023, Legalis el.
[207] Tak np. roku Kokot, *Komentarz do art. 152* [w:] R. A. Stefański, *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2018, s. 947 czy M. Banaś-Grabek, *Komentarz do art. 152* [w:] M. Banaś-Grabek, B. Gadecki, J. Karnat, A. Łyżwa, R. Łyżwa, *Kodeks karny. Część szczególna art. 148- 253. Komentarz*. Legalis el.
[208] R. Kokot, *Komentarz do art. 152* [w:] R. A. Stefański, *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2018, s. 948.

art. 151 k.k.[209] oraz art. 162 k.k.[210], śmierć człowieka jest jednym ze znamion popełnienia przestępstwa. Innymi słowy – poza wskazanymi wyjątkami do spełnienia wszystkich ustawowych znamion, a tym samym dokonania przestępstwa konieczne jest zaistnienie skutku w postaci śmierci ofiary.

Przestępstwa, w których dobrem chronionym prawem jest zdrowie to: art. 156 § 1 i 2 k.k. (ciężki uszczerbek na zdrowiu), art. 157 § 1, 2 i 3 k.k. (średni i lekki uszczerbek na zdrowiu), art. 158 § 1 i 2 k.k. (niebezpieczna bójka i pobicie), art. 159 k.k. (użycie w niebezpiecznej bójce i pobiciu niebezpiecznego narzędzia), art. 160 § 1, 2 i 3 k.k. (narażenie człowieka na niebezpieczeństwo), art. 161 k.k. (narażenie człowieka na zakażenie) i art. 162 k.k. (nieudzielenie pomocy).

Dokonany wyżej podział ma za zadanie wyróżnić przestępstwa, gdzie przedmiotem ochrony jest życie ofiary i te, które za przedmiot ochrony stawiają jej zdrowie. Jest to oczywiście pewnego rodzaju uproszczenie, bowiem zgodnie z zasadą *argumentum a fortiori,* jeżeli przepis chroni życie człowieka, to tym bardziej chroni jego zdrowie. Podział ten został jednak zastosowany z uwagi na próbę interpretacji przepisów rozdziału XIX Kodeksu karnego pod kątem tego, co jest uważane za zamach na ludzkie zdrowie. Odnosząc się do zabiegu sterylizacji istotne jest, aby odpowiedzieć na następujące pytania: czym jest zdrowie oraz w jakim zakresie człowiek może dysponować własnym zdrowiem?

Definicja zdrowia będzie różna w zależności od przyjętych kryteriów czy celowości jej formułowania. Definicje biologiczne dotyczące zdrowia i choroby postrzegają oba stany symptomatycznie, traktując je jako doświadczenia zmysłowe, które mogą być mierzalne empirycznie za pomocą parametrów medycznych. Zdrowie jest postrzegane jako stan

[209] Przestępstwo z art. 151 K.K. za przedmiot ochrony ma życie człowieka. Istotą czynności sprawczej penalizowanej w tym przepisie jest doprowadzenie namową lub poprzez udzielenie pomocy człowieka do targnięcia się na własne życie. Nie jest wymagane do spełnienia ustawowych znamion przestępstwa, aby zamach ten się udał. Za usiłowanie odpowie natomiast osoba, która namawiała lub udzielała pomocy, lecz zachowanie to nie doprowadziło do targnięcia się na własne życie przez ofiarę; V. Konarska-Wrzosek, *Komentarz do art. 151* [w:] A. Lach, J. Lachowski, T. Oczkowski, I. Zgoliński, A. Ziółkowska, V. Konarska-Wrzosek, *Kodeks karny. Komentarz, wyd. III*, Warszawa 2020, s. 813.

[210] Przedmiotem ochrony przestępstwa z art. 161 K.K. jest życie i zdrowie człowieka. Niekiedy podaje się jako uboczny skutek także solidarność z drugim człowiekiem w potrzebie. Przestępstwo z omawianego przepisu ma charakter formalny – do realizacji jego znamion nie należy skutek w postaci śmierci człowieka czy też doznanie przez niego uszczerbku na zdrowiu; M. Budyn-Kulik, *Komentarz do art. 162* [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2022.

biologiczno-fizjologiczny organizmu, zaś choroba ma swoją przyczynę. Takie definiowanie jest typowe dla medyków[211].

Socjolodzy czy psychologowie częściej będą posługiwać się definicją funkcjonalną, zgodnie z którą zdrowie jest warunkiem koniecznym sprawnego i efektywnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz pozwala na wykonywanie cenionych zadań[212].

Trzecim typem definicji zdrowia jest nawiązująca do tradycji hipokratejskiej - definicja biologiczno-funkcjonalna. Przykładem definicji zdrowia sformułowanej w myśl tej zasady jest definicja Światowej Organizacji Zdrowia[213]. W preambule Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO) można przeczytać, że „zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności"[214].

Ustawodawca w Kodeksie karnym nie definiuje zdrowia. Analizując jednak treść przepisów rozdziału XIX wydaje się, że najtrafniejszym będzie przyjęcie definicji biologicznej. Koniecznym jest też podkreślenie, że nie każde zachowanie zagrażające zdrowiu wymaga interwencji prawa karnego. Przykładem może być używanie wyrobów tytoniowych – mimo, że ich szkodliwość dla zdrowia jest powszechnie znana, ich używanie nie jest zabronione prawem karnym. Analogicznie rzecz ma się ze spożywaniem alkoholu. Ingerencja w życie i zdrowie człowieka jest ograniczona jego prawem do prywatności i samostanowienia. Natomiast prawo karne powinno wkraczać w ten obszar wyłącznie w sytuacji, gdy inne normy nie są w stanie zapewnić ochrony określonych wartości. Prawo karne ma tu pełnić rolę subsydiarną.

Jak zostało wspomniane, mimo że Kodeks karny nie definiuje zdrowia, to w poszczególnych przepisach penalizuje zachowania, które w to zdrowie godzą. Penalizowanym zachowaniem powodującym największe szkody w stanie zdrowia jest spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu z art. 156 k.k. Przywołanie i analiza tego przepisu w kontekście zabiegu sterylizacji jest istotne, z uwagi na zawarte tam znamię w postaci pozbawienia człowieka zdolności płodzenia, traktowanej jako ciężki uszczerbek na zdrowiu.

[211] J. Domaradzki, *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia" 2013, nr 40/1, s. 11-12.
[212] Ibidem, s. 12.
[213] Ibidem, s. 13.
[214] Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477.

Przepis art. 156 k.k. definiuje ciężki uszczerbek na zdrowiu, wymieniając konkretne efekty działania sprawcy. Warto zaznaczyć, że ta definicja nieznacznie zmieniła się na przestrzeni lat. W Kodeksie Makarewicza z 1932 roku przepis ten brzmiał następująco:

art. 235 (kodeks Makarewicza)

§ 1. Kto:

a) pozbawia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, albo
b) powoduje inne trwałe kalectwo, ciężką chorobę psychiczną lub trwałą niezdolność do pracy zawodowej
podlega karze więzienia do lat 10.

§ 2. Jeżeli sprawca działa nieumyślnie, podlega karze grzywny do lat 3.

Pozbawienie człowieka zdolności płodzenia zostało postawione na równi z pozbawieniem go zmysłów wzroku czy słuchu, a także mowy. Uzupełnieniem definicji ciężkiego uszczerbku na zdrowiu było trwałe kalectwo, ciężka choroba psychiczna oraz trwała niezdolność do pracy zarobkowej. Definicja tworzona przez wskazanie desygnatów tego pojęcia została nieco poszerzona w Kodeksie karnym z 1969 r.:

art. 155 Kodeksu karnego z 1969 roku.

§ 1. Kto:

1) pozbawia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia albo
2) powoduje inne ciężkie kalectwo, ciężką chorobę nieuleczalną lub długotrwałą, chorobę zazwyczaj zagrażającą życiu, trwałą chorobę psychiczną, trwałą całkowitą lub znaczą niezdolność do prawy w zawodzie albo trwałe poważne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała,
podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 2. Jeżeli sprawca nieumyślnie powoduje ciężkie uszkodzenie ciała lub ciężki rozstrój zdrowia

podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Podobnie jak w poprzedniej kodyfikacji pozbawienie człowieka zdolności płodzenia zostało postawione na równi z pozbawieniem człowieka wzroku, słuchu, mowy, a także spowodowaniem ciężkiego kalectwa. Sformułowanie „ciężka choroba psychiczna” zostało zastąpione wyrażeniem „trwała choroba psychiczna”, zaś miejsce trwałej niezdolności do pracy

zarobkowej zastąpiła trwała całkowita lub znaczna niezdolność do pracy w zawodzie". Ponadto do skutków czynu przestępnego uważanych za przejaw ciężkiego uszczerbku na zdrowiu dodano trwałe poważne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała.

Można zauważyć kilka kierunków w zmianie opisywanej regulacji. W kwestii chorób psychicznych uważanych za ciężki uszczerbek na zdrowiu postawiono na cechę jaką jest trwałość choroby. Przy ocenie zdolności do pracy poszerzono zakres regulacji także na sytuację, gdy ofiara ma nie tylko całkowitą, ale także znaczną niezdolność do pracy. Czymś nowym jest dodanie do katalogu trwałego poważnego zeszpecenia i zniekształcenia ciała, czyli skutków o charakterze estetyczno-anatomicznym. Wydaje się to jak najbardziej zasadne. Takie zmiany w ciele człowieka mogą wpływać na funkcjonowanie jego organizmu czasami w sposób nieznaczny, lecz w drastyczny sposób mogą wpłynąć na jego funkcjonowanie w społeczeństwie, a tym samym pośrednio na jego zdrowie psychiczne.

art. 156. Kodeksu karnego z 1997 r.

§ 1 Kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci:

1) *pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia,*
2) *innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała,*

podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3.

§ 2.Jeżeli sprawca działa nieumyślnie,

podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 3.Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 jest śmierć człowieka, sprawca

podlega karze pozbawienia wolności od lat 5, karze 25 lat pozbawienia wolności albo karze dożywotniego pozbawienia wolności.

Należy zauważyć, że w kodyfikacji z 1997 roku.skutek w postaci uszkodzenia ciała opisany w badanym przepisie został literalnie nazwany „ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu". Ponownie, tak jak w poprzednio obowiązujących regulacjach pozbawienie człowieka zdolności płodzenia zostało umiejscowione obok pozbawienia wzroku, słuchu i mowy. Przepis penalizuje spowodowanie ciężkiego kalectwa, rozumiejąc je jako pełne odebranie funkcji odpowiednich

organów czy narządów[215]. Podobnie jak w Kodeksie karnym z 1969 roku.za ciężki uszczerbek na zdrowiu uważa się: inne ciężkie kalectwo, ciężką nieuleczalną lub długotrwałą chorobę, trwałą chorobę psychiczną, całkowitą albo znaczną trwałą niezdolność do pracy w zawodzie[216] oraz trwałe, istotne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała[217].

Pierwsza z różnic między regulacją z 1969 roku a tą z 1997 roku dotyczy postrzegania za ciężki uszczerbek na zdrowiu nie choroby „zazwyczaj" zagrażającej zdrowiu, lecz takiej choroby, która „realnie" zagraża zdrowiu. Nad wykładnią różnicy pomiędzy oboma zwrotami pochylił się Sąd Najwyższy i słusznie zauważył w wyroku z dnia 4 lutego 2000 r.[218], że: „Określenie: «choroba zazwyczaj zagrażająca życiu» nie może być uznane za synonim określenia «choroba realnie zagrażająca życiu». Słowo «zazwyczaj» może być uznane za synonim określeń: «najczęściej», «w przeważającej liczbie wypadków» (co oznacza, że mogą być wypadki odmienne, podczas gdy słowo «realnie» nie odnosi się do przeważającej liczby wypadków, lecz do konkretnego, jednostkowego wypadku, w którym owa realność zagrożenia życia musi być jednoznacznie ustalona".

Choroba realnie zagrażająca życiu może być skutkiem jednorazowego urazu, a także rezultatem wielu obrażeń, z których każde wywołuje naruszenie narządów ciała czy też rozstrój zdrowia na okres powyżej 7 dni[219].

Opisane wyżej skutki uszkodzenia ciała są postrzegane z perspektywy art. 156 K.K. za ciężki uszczerbek na zdrowiu. Wśród nich została wymieniona czynność sprawcza w postaci pozbawienia człowieka zdolności płodzenia. Analiza tego znamienia jest istotna w kontekście prawnej oceny dopuszczalności zabiegu sterylizacji, bowiem wywołanie takiego rezultatu jest celem zabiegu.

Znamię pozbawienia zdolności płodzenia dotyczy sytuacji, gdy ofiara traci możliwość obcowania płciowego nakierowanego na poczęcie dziecka oraz gdy do współżycia dojść może,

---

[215] A. Zoll, *Komentarz do art. 156 K.K.* [w:] W. Wróbel, A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a,* Warszawa 2017, s. 358.

[216] Istniejący w Kodeksie karnym z 1969 roku zwrot „trwałą całkowitą lub znaczną niezdolność do pracy w zawodzie" zmieniono w Kodeksie karnym z 1997 roku na „całkowitą albo znaczą trwałą niezdolność do pracy w zawodzie". Zamiana spójnika „lub" na „albo" wydaje się zasadna z punktu widzenia logiki prawniczej.

[217] Istniejący w Kodeksie karnym z 1969 roku zwrot „albo trwałe poważne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała" zmieniono w Kodeksie karnym z 1997 roku na „trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała". Wydaje się jednak, że słowa „poważny" i „istotny" można uznać za synonimy; tak np. A. Dąbrówka, E. Geller, roku Turczyn, *Słownik synonimów*, Warszawa 2004, s. 143.

[218] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 lutego 2000 r., sygn. akt V KKN 137, OSNKW 2000, nr 3-4, poz. 31.

[219] M. Królikowski, Komentarz do art. 156 K.K. [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), Kodeks karny. Część szczególna. Tom I. Komentarz. Art. 117-221, Warszawa 2017, s. 313.

lecz nie jest możliwe przekazanie materiału genetycznego i poczęcie dziecka. Jest to klasyczne ujęcie pozbawienia zdolności płodzenia. Przy współczesnym rozwoju medycyny należy zastanowić się, czy opisywana przesłanka jest wciąż aktualna. Możliwe jest bowiem uzyskanie materiału genetycznego bezpośrednio, odpowiednio z jajników albo jąder i zapłodnienie przy użyciu metody *in vitro*. Należy zgodzić się z M. Królikowskim uznającym, że „skutek opisany w ustawie zachodzi przy utracie zdolności do udziału w czynności nakierowanej na poczęcie *in vivo*, mimo posiadania możliwości przekazania materiału genetycznego do zapłodnienia *ex utero*"[220]. Ustawa chroni bowiem w analizowanym przepisie naturalne funkcje organizmu, wśród których jest także zdolność płodzenia. Mimo, że postęp medycyny pozwala na prokreację przy udziale lekarzy specjalistów w warunkach laboratoryjnych, to nie zmienia to faktu, że naturalna zdolność płodzenia została ofierze odebrana.

W związku z powyższym należy stwierdzić, że zachowanie lekarza przeprowadzającego zabieg sterylizacji wypełnia znamiona zachowania sprawczego z art. 156 § 1 k.k. – lekarz celowo pozbawia pacjenta zdolności płodzenia. W przypadku kobiet jest to rozumiane jako brak możliwości zajścia w ciążę, a w przypadku mężczyzn brak możliwości zapłodnienia. Wspomniana naturalna funkcja organizmu nie jest możliwa do odwrócenia bez ingerencji lekarza. Pacjent może starać się o potomstwo w procedurze *in vitro* lub poddać się zabiegowi mającemu odwrócić skutki sterylizacji, tj. odpowiednio przywróceniu drożności jajowodów lub nasieniowodów.

W tym miejscu należy postawić następujące pytania: w jakich sytuacjach i w jakim zakresie człowiek może swobodnie dysponować dobrem jakim jest jego zdrowie? Czy może zgodzić się na spowodowanie u siebie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu? Społecznie akceptowana jest sytuacja, w której pacjent zgadza się na uszkodzenie własnego ciała, celem pobrania od niego narządu parzystego lub posiadającego zdolność regeneracji i przeszczepienia go innej osobie, która potrzebuje go do przeżycia. Nie jest to dyskusyjne prawnie, bowiem w takiej sytuacji zachodzi okoliczność kontratypowa wyłączająca bezprawność. Czyn zagrażający dobru chronionemu prawem jakim jest zdrowie pacjenta, od którego narząd jest pobierany jest usprawiedliwiona z uwagi na kolizję dóbr – wyższość dobra jakim jest życie ratowanego pacjenta niż zdrowia pacjenta oddającego organ do transplantacji[221].

[220] M. Królikowski, Komentarz do art. 156 K.K, op. cit., s. 312.
[221] A. Zoll, *Komentarz do art. 156 K.K.,* op. cit. s. 354-355.

W przypadku przeszczepów *inter vivos* zgoda pacjenta na tak daleko idącą ingerencję w jego zdrowie jest dopuszczalna, ponieważ występuje tu brak nieakceptowalnego ataku na dobro chronione prawem[222]. Z inną oceną spotkałaby się zgoda na odebranie wzroku, słuchu czy mowy. Wykracza to poza poziom społecznej akceptacji. Bez znaczenia pozostaje też czy zgoda na taką czynność zostanie wyrażona do przeciętnego człowieka czy wyspecjalizowanego lekarza. Brakuje bowiem przyczyny, która sprawiłaby, aby taki zabieg mógł zostać uznany za celowy czy też akceptowalny. Stąd też zgoda na pozbawienie wzroku, słuchu czy mowy powinna zostać uznana za nieważną, a sam czyn za bezprawny.

Wydaje się jednak, że mimo iż, pozbawienie człowieka zdolności płodzenia zostało umieszczone przez ustawodawcę obok pozbawienia wzroku, słuchu czy mowy, to w przypadku zdolności płodzenia ocena prawna może kształtować się inaczej. Rozważania te dotyczą sterylizacji wykonywanej w celach nieterapeutycznych. Pacjenci poddają się temu zabiegowi z uwagi na swoje przekonania ideologiczne czy też ze względów antykoncepcjach. W wielu państwach sterylizacja jest postrzegana jako jedna z metod antykoncepcji. Zgoda pacjenta bywa obwarowana różnymi dodatkowymi kryteriami, takimi jak: wyrażenie jej na piśmie, konieczność osiągnięcia przez pacjenta wskazanego w ustawie wieku czy konieczność upływu określonego czasu między wyrażeniem zgody a zabiegiem.

W państwach, w których zabieg sterylizacji jest legalnie przeprowadzany, przyjmuje się, że w przypadku pozbawienia zdolności płodzenia podczas procedury medycznej nie dochodzi do nieakceptowalnego zamachu na dobro chronione prawem jakim jest element zdrowia w postacie zdolności płodzenia.

Przepis art. 235 Kodeku Makarewicza miał za zadanie chronić człowieka przed bezprawnym zamachem na jego zdrowie, którego skutkiem miało być ciężkie kalectwo, ciężka choroba psychiczna lub trwała niezdolność do pracy zawodowej. Ustawodawca zaznaczył w tym przepisie, że naturalne funkcje organizmu wymagają szczególnej ochrony prawnej. Prezentowana w tym przepisie ochrona elementów zdrowia opiera się na czynnikach biologicznych (prawidłowe funkcjonowanie narządów ciała), funkcjonalnych (zdolność zapłodnienia) oraz społecznych (zdolność do pracy zarobkowej).

Zmieniona treść przepisu w Kodeksie karnym z 1969 roku utrzymuje wcześniej obowiązujące postulaty dodając do grupy szczególnie dotkliwych skutków zamachu także

[222] E. Hryniewicz, *Czy zgoda dysponenta dobrem może wyłączyć bezprawność czynu?,* „Prokuratura i Prawo" 2014, nr 9, s. 63.

trwałe poważne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała. Ma to na celu nie tylko podkreślenie funkcji społecznej, ale także poszerzenie o funkcję estetyczną. Aktualnie obowiązujący przepis art. 156 K.K ma za zadanie chronić człowieka przed bezprawnymi zamachami na jego zdrowie.

Tą szczególną ochroną objęto naturalne funkcje organizmu, jakimi są zdolność mowy, widzenia, słyszenia czy też płodzenia. Nie ulega wątpliwości, że zabieg medyczny mający na celu ubezpłodnienie wypełnia znamiona art. 156 k.k. W doktrynie istnieje jednak spór czy ten czyn ma charakter bezprawny.

S. Mana-Walasek słusznie zauważa, że ustalenie bezprawności czynu możliwe jest poprzez rozważenie, czy jest on sprzeczny z normą sankcjonowaną oraz wykluczenie okoliczności działania w okolicznościach wyłączających bezprawność czynu. Zdaniem przywołanej prawniczki wykonanie przez lekarza sterylizacji nosi znamiona bezprawności. Dodaje ona, że choć zgoda dysponenta dobrem nie wyłącza bezprawności spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, to wtórną legalność takiego czynu uzasadnia kontratyp działania w ramach uprawnień przysługujących jednostce. Zastosowanie tej konstrukcji jest możliwe wyłącznie przy założeniu istnienia kontratypów pozaustawowych[223].

Kontratyp skonstruowany na kanwie praktyki prawniczej ma wyłączać bezprawność czynu przy kumulatywnym wystąpieniu trzech warunków: musi istnieć kompetencja, przesłanka zastosowania oraz powinien być określony tryb realizacji obowiązku lub uprawnienia. W tym kontekście kompetencją ma być określone w ustawie „uprawnienie lub obowiązek podjęcia zachowania realizującego znamiona czynu zabronionego". Przesłankami są sytuacje, w których aktualizuje się kompetencja do zachowania realizującego, w sensie formalnym, znamiona czynu zabronionego. Tryb realizacji kompetencji jest warunkowany dwiema zasadami: koniecznością podjęcia zachowania zgodnie z celem przepisu (*ratio legis*) oraz postępowanie zgodnie z regułami panującymi w danej dziedzinie (*lege artis*)[224].

Zdaniem S. Many-Walasek opisane kryteria są spełnione w przypadku przeprowadzenia przez lekarza zabiegu sterylizacji, jeżeli działał on *lege artis*, a podstawą tego działania było upoważnienie udzielone przez pacjenta. Ta świadoma zgoda na zabieg ma przysługiwać pacjentowi na podstawie art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta oraz art. 2 ust 2 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania

[223] S. Mana-Walasek, 2020, *Status prawny zabiegów trwałej antykoncepcji*, niepublikowana praca doktorska, Uniwersytet Warszawski, s. 355.
[224] Ibidem, s. 355-256.

ciąży. Jest to więc realizacja dostępu do metod antykoncepcyjnych. Zdaniem Autorki przeprowadzenie zabiegu sterylizacji wypełnia więc znamiona bezprawności, lecz bezprawność może zostać uchylona poprzez okoliczność kontratypu, jaką jest działanie w ramach uprawnień[225].

M. Świderska prezentuje stanowisko, zgodnie z którym sterylizacja nieterapeutyczna powinna być uważana za akt autodestrukcyjny. Uważa zabieg sterylizacji za okaleczenie pacjenta na jego życzenie. Kontynuując rozważania twierdzi, że zasada *volenti non fit iniuria* w odniesieniu do sterylizacji antykoncepcyjnej oznaczałaby bezwzględne respektowanie woli pacjenta, co może być sprzeczne z jego interesem. Uznanie bowiem zabiegu dobrowolnej sterylizacji za legalną doprowadziłoby do sytuacji, w której poddać mu się może każdy dorosły człowiek. W tym kontekście „dorosły" oznacza wiek 18 lat (w szczególnych przypadkach 16 lat w odniesieniu do kobiet). Autorka zauważa, że stopień dojrzałości po przekroczeniu wskazanej granicy wieku nie jest jeszcze wystarczający, aby możliwe było świadome podjęcie decyzji o rezygnacji z potomstwa. Zdaniem M. Świderskiej „*de lege lata* sterylizacja «dla wygody» o skutku nieodwracalnym nie jest dopuszczalna", a osoba posiadająca zdolność do czynności prawnych może wyrazić ważną zgodę jedynie przy sterylizacji o charakterze terapeutycznym[226].

Odnosząc się do zaprezentowanego wyżej poglądu należy zauważyć, że Autorka traktuje sterylizację jako zabieg nieodwracalny lub taki, przy którym szanse na odwrócenie jego skutków są niewielkie. Zaprezentowany pogląd pochodzi z 2007 r., a do chwili obecnej rozwój medycyny wpłynął w zasadniczy sposób na zwiększenie szans na odwrócenie skutków takiego zabiegu. Powoduje to konieczność postawienia pytania o wpływ możliwości odwrócenia skutków zabiegu na kształtowanie się jego odwracalności.

Jak zauważa E. Zielińska – gdy doktryna prawa karnego i orzecznictwo sądowe zajmowały się interpretacją pojęcia „ciężki uszczerbek na zdrowiu" dominował pogląd, że dotyczy ono wyłącznie pełnej utraty funkcji organizmów. Przy zabiegu sterylizacji brak jest pełnej utraty zdolności płodzenia. Możliwe jest bowiem poddanie się zabiegowi przywracania drożności odpowiednio jajowodów i nasieniowodów czy też skorzystania z pomocy lekarskiej

[225] Ibidem.
[226] M. Świderska, *Zgoda Pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 329-230.

przy zabiegach medycznie wspieranej prokreacji. Przy takiej interpretacji wykonanie zabiegu sterylizacji nie spełnia znamion przestępstwa z art. 156 § 1 k.k.[227].

W rozważaniach nad skutkiem w postaci „pełnej" utraty zdolności płodzenia warto rozważyć, czy przepis wypełnia czyn, którego skutek mógłby być odwrócony zabiegiem medycznym. Można dojść do wniosku, że wskazany skutek czynu z art. 156 § 1 k.k. dotyczy całkowitego pozbawienia ofiary zdolności płodzenia, a „nieodwracalność" dotyczy stanu bez podejmowania czynności medycznych mających na celu odwrócenie skutków sterylizacji. Orzecznictwo nie prezentuje pełnej oceny niniejszej kwestii[228].

Ponadto przy rekonstrukcji normy prawnej z 156 § 1 k.k. warto odnieść się do art. 47 Konstytucji RP, która jest aktem prawnym wyższego rządu w stosunku do ustawy karnej. Wskazany artykuł Konstytucji jest gwarancją prawa do prywatności, w skład którego wchodzi decyzja o posiadaniu (bądź rezygnacji z posiadania) dzieci. Należy powtórzyć, że prawo do prywatności, jak również inne prawa i wolności mogą być prawnie ograniczone. Zgodnie z art. 31 § 1 Konstytucji ograniczenie korzystania z konstytucyjnych praw i wolności może zostać wprowadzone jedynie w drodze ustawy oraz tylko wtedy, gdy jest to konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Samo ograniczenie zaś nie może naruszać istoty prawa. Trudno jest uzasadnić, że któraś z wymienionych w Konstytucji przesłanek usprawiedliwia ograniczenie prawa do prywatności zakazując sterylizacji antykoncepcyjnej. Wynika z tego, że prawo karne nie powinno być interpretowane w sposób zamykający drogę pacjentowi do korzystania z jego konstytucyjnych praw i wolności[229].

Za uznaniem dobrowolnej sterylizacji za nielegalną opowiadają się także A. Górski i B. Oszkinis. Zdaniem tych Autorów sterylizację „na życzenie" należy uznać za czynność nieterapeutyczną, co powoduje brak przesłanek uznania jej za legalną. W dalszej kolejności zauważają, że przeprowadzenie takiego zabiegu wypełnia znamiona czynu z art. 156 § 1 k.k. i nie zgadzają się oni z argumentacją, że czyn taki może być usprawiedliwiony konstytucyjnym prawem do prywatności. Odnoszą się również do zasady, zgodnie z którą zadaniem lekarza jest leczenie oraz że „prawne i aksjologiczne ustalenia dotyczące świadczeń zdrowotnych prowadzą

[227] E. Zielińska, *Ochrona zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego oraz praw z nim związanych*, [w:] M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska (red.), Regulacja prawna czynności medycznych, t. 2, cz. 2, seria: System Prawa Medycznego, Warszawa 2019, s. 203-204.
[228] A. Górski, *Wykonywanie zawodu lekarza a prawo karne*, Warszawa 2019, s. 94.
[229] E. Zielińska, *Ochrona zdrowia reprodukcyjnego…*, op.cit., s. 205.

do oczywistego stwierdzenia, że czynność *de lege lata* bezprawna nie może być równocześnie świadczeniem zdrowotnym”[230].

J. Holocher stoi na stanowisku, że efekt zabiegu sterylizacji nieterapeutycznej (pozbawienie zdolności płodzenia), obiektywnie rzecz biorąc, jest ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu w rozumieniu art. 156 § 1 k.k. Uznaje jednak, że taki czyn nie jest przestępstwem z uwagi na okoliczności i sposób jego popełnienia oraz na zamiar i motywację sprawcy zmierzające do uszanowania autonomii pacjenta. Uznaje zatem, że sterylizacja nieterapeutyczna będzie pierwotnie legalna, ponieważ jej „stopień społecznej szkodliwości, oceniany w procesie stosowania prawa przy wykorzystaniu ustawowych przesłanek jest znikomy. «Pierwotność» jego legalności wynika z urzeczywistnienia prawa człowieka do dobrowolnej rezygnacji z własnej płodności, co stanowi treść prawa do prokreacji”[231].

Pogląd przeciwny prezentuje A. Wąsek. Postuluje on, aby zarówno sterylizacja terapeutyczna, jak i nieterapeutyczna nie była uznawana za przestępstwo. Zauważa, że brak jest społecznego silnego potępienia sterylizacji antykoncepcyjnej. Co więcej – zdaniem Autora - społeczeństwo w ogóle nie ma wyrobionego zdania na temat moralności takiego zabiegu, z uwagi na fakt, że albo nie jest on w ogóle przeprowadzany albo informacje o tym nie dochodzą do wiadomości publicznej[232].

A. Wąsek zwraca uwagę na cel prawnokarnej ochrony zdrowia. Rozważając ważność zgody człowieka na poddanie się okaleczeniu nie można stawiać zabiegu sterylizacji na równi z sytuacjami patologicznymi np. zgodą na odcięcie ręki po przegranym zakładzie, zgodą na okaleczenie się, aby skuteczniej „uprawiać” żebractwo czy zgodą na poddanie się amputacji, aby zamiast pracować dostawać rentę inwalidzką. Postrzeganie sterylizacji antykoncepcyjnej jako przestępstwo czyniłoby ofiarę z osoby poddającej się zabiegowi. Autor prezentuje zdanie, zgodnie z którym prawo karne nie powinno chronić zdolności płodzenia wbrew woli i interesowi człowieka[233].

Jak zostało zaprezentowane w niniejszej części pracy, nie jest łatwo jednoznacznie udzielić odpowiedzi na pytanie: „czy dobrowolna sterylizacja wypełnia znamiona przestępstwa

[230] A. Górski, B. Oszkinis, *Sterylizacja* [w:] M. Safjan, L. Bosek, System prawa medycznego, Szczególne świadczenia zdrowotne. Tom 2. (red. Tomu L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska, s. 292-294.
[231] J. Holocher, *Dobrowolna sterylizacja. Uwagi de lege lata*, „Studia prawnicze” 2015, z. 1 (201), s. 77.
[232] Aktualnie ten pogląd należy odnieść do sterylizacji kobiecej. Mimo, że temat ten coraz częściej jest poruszany w prasie to wciąż opinia publiczna nie demonstruje swojego zdania na ten temat jak przy np. zabiegu przerwania ciąży. Tematyka męskiej sterylizacji (wazektomii) coraz częściej dociera do świadomości społecznej i nie zauważa się większej skali potępienia takiego zabiegu.
[233] A. Wąsek, *Czy dobrowolna sterylizacja jest przestępstwem?*, „Państwo i prawo” 1988, z. 8, s. 92-96.

z art. 156 § 1 k.k.?". W polskiej doktrynie prawa karnego prezentowane są różne stanowiska. W kontekście legalności tego zabiegu kolejną kwestią jest możliwość nadania mu statusu legalności poprzez zastosowanie konstrukcji kontratypu (co jest przedmiotem rozważań w kolejnym rozdziale) albo uznania, że czyn ten nie jest przestępstwem z uwagi na znikomy stopień społecznej szkodliwości. Niemniej jednak należy zauważyć, że polskie prawo nie jest jasne i brakuje niestety określenia klarownego statusu legalności tego zabiegu.

Analizując uwagi *de lege lata* warto przytoczyć stanowisko E. Zielińskiej. Czołowa przedstawicielka doktryny prawa karnego medycznego postuluje, aby w obliczu braku konkretnych regulacji odwołujących się do zabiegu wazektomii oraz podwiązania jajowodów zaliczyć je do czynności nieterapeutycznych, których legalność można ustalić na drodze ogólnosystemowej wykładni prawa.

W pierwszej kolejności zwraca uwagę na definicję świadczenia zdrowotnego z art. 2 ust 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej[234], która nie wyklucza z kręgu swoich desygnatów czynności niemających charakteru terapeutycznego. Można zatem uznać za legalne czynności nieterapeutyczne, które „znajdują co najmniej zakotwiczenie lub zostały uregulowane w odrębnych przepisach" jak np. ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Można więc doszukiwać się w polskim systemie prawnym podstawy legalności sterylizacji antykoncepcyjnej. Ustawa o planowaniu rodziny nakłada na lekarza obowiązek, zgodnie z którym, gdy jest to istotne z punktu widzenia dobra pacjenta powinien on poinformować go o wszystkich dostępnych metodach antykoncepcyjnych. Z uwagi na fakt, że Międzynarodowa Organizacja Zdrowia zalicza sterylizację do metod antykoncepcyjnych, to lekarz powinien poinformować pacjenta również o tym sposobie zapobiegania ciąży[235].

Lekarz wykonujący swój zawód zgodnie z aktualnymi zasadami wiedzy medycznej, kierując się swoim doświadczeniem, nie powinien obawiać się postawienia mu zarzutów w postępowaniu karnym. Prawo dotyczące zabiegów medycznych powinno być zrozumiałe i jednoznaczne. Stąd też postuluje się zmianę obowiązujących przepisów.

[234] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654.
[235] E. Zielińska, *Ochrona zdrowia reprodukcyjnego…*, op. cit., s. 206-208.

§ 3. Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży

Preambuła ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży[236] zawiera cel, jaki przyświecał uchwaleniu niniejszej ustawy. Zgodnie z jej treścią jest nim troska o życie i zdrowie człowieka. Ustawodawca podkreślił, że jest to podstawowy obowiązek państwa, społeczeństwa i obywatela. W tytule ustawy został zawarty zakres przedmiotowy jej regulacji, a preambuła dopełnia go, nadając jej warstwę moralną. Zgodnie z tym, państwo daje zadość tej trosce uchwalając i egzekwując niniejsze prawo, zaś społeczeństwo oraz każdy pojedynczy obywatel powinien okazać troskę o wspomniane wartości, przestrzegając obowiązujących przepisów.

Zgodnie z dyspozycją art. 1 wspomnianej ustawy prawo do życia podlega ochronie, w tym również w fazie prenatalnej. Warunki przerwania ciąży określone są w art. 4a, co determinuje fakt, że aborcja poza wyszczególnionymi przypadkami będzie stanowiła naruszenie prawa[237].

W kontekście zabiegu sterylizacji kluczowe znaczenie w zakresie opisywanej ustawy będzie miało planowanie rodziny. Zgodnie z tekstem preambuły, państwo uznaje prawo każdej jednostki do „odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci oraz prawo dostępu do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających korzystanie z tego prawa". Tworzy to dwie sfery wolności.

Pierwsza dotyczy samostanowienia jednostki w zakresie podejmowania decyzji o posiadaniu potomstwa. Stanowi to poszanowanie autonomii człowieka w tej tak intymnej sferze, z czym w historycznych aktach normatywnych był problem. Jako przykład można wskazać Dekret z dnia 26 października 1950 roku o podatku dochodowym[238], który w art. 20 ustanawiał podwyższoną kwotę podatku dochodowego m.in. wobec osób bezdzietnych[239]. Zgodnie z nowoprzyjętą w obowiązującej ustawie ideą, państwo nie powinno ingerować w decyzje obywateli o posiadaniu dzieci.

---

[236] Ustawa z dnia 7 stycznia o 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz.U. 1993 nr 17 poz. 78, dalej cytowana jako „u.p.r.o.p.".

[237] Aborcja za zgodą kobiety, lecz z naruszeniem przepisów ustawy jest penalizowana w art. 152 k.k.

[238] Dekret z dnia 26 października 1950 roku o podatku dochodowym, Dz.U. nr 49, poz. 450.

[239] Zgodnie z przytoczonym przepisem większy o 20% podatek dochodowy płaciły osoby w wieku powyżej 21 roku życia, które były niezamężne lub nieżonate i nie miały potomstwa oraz osoby żonate lub zamężne, jeżeli w terminie 2 lat od zawarcia ślubu nie miały na utrzymaniu dzieci. Dodatkowo ustanowiono także kryterium dochodowe, od którego wspomniana restrykcja podatkowa obowiązywała. Potocznie podatek był zwany „bykowym".

Druga poruszona w preambule sfera wolności dotyczy prawa dostępu do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających korzystanie z prawa do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu potomstwa. Jest to o tyle istotne, że wyłącznie przy rzeczywistym istnieniu tego prawa możliwe jest pełne korzystanie z pierwszego z wymienionych – prawa do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu potomstwa.

Przepis art. 2 ust. 2 u.p.r.o.p. nakłada na organy administracji rządowej i samorządowej obowiązek zapewnienia obywatelom swobodnego dostępu do metod i środków służących świadomej prokreacji. Sformułowanie „świadoma prokreacja" oznacza tyle, co „planowanie rodziny". Użycie przez ustawodawcę drugiego z przywołanych określeń w tytule ustawy wspiera tezę, że obu zwrotów można używać zamiennie[240]. Świadome planowanie rodziny sprowadza się do podjęcia starań o ciążę w sytuacji, gdy podjęto decyzję o chęci posiadania potomstwa oraz zapobieganie nieplanowanej ciąży, gdy decyzja o przyjściu na świat dzieci jest negatywna.

Ustawa nie precyzuje, jakie metody i środki służące do świadomej prokreacji powinny być dostępne dla obywateli. Jest to równoznaczne z obowiązkiem zapewnienia dostępu do tych metod i środków planowania rodziny, które są zgodne ze stanem wiedzy medycznej lub dodatkowo dopuszczone do obrotu (w przypadku produktów leczniczych)[241].

Co więcej Kodeks Etyki Lekarskiej[242] nakłada na lekarza obowiązek udzielenia pacjentowi informacji dotyczących procesów zapłodnienia oraz metod regulacji poczęć zgodnych z aktualną wiedzą medyczną. Również tutaj nie stworzono ograniczeń, co do rodzaju metod antykoncepcyjnych. Można z tego wnioskować, że obowiązkiem lekarza, gdy uzna to za ważne ze względu na dobro pacjenta, jest poinformowanie go o wszystkich dostępnych metodach zapobiegania ciąży, w tym także o możliwości poddania się zabiegowi sterylizacji. Ponadto lekarz powinien przy tym poinformować go o istocie zabiegu, jego przebiegu, ewentualnych powikłaniach oraz jego wadach i zaletach.

Wobec powyższego można uznać, że ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży reguluje tzw. prawa reprodukcyjne. Są to prawa i wolności związane z prokreacją. Ich podstawą jest uznanie prawa jednostki oraz par do swobodnego decydowania o posiadaniu bądź rezygnacji z posiadania potomstwa, ilości

[240] E. Zielińska, *Ochrona zdrowia reprodukcyjnego…*, op. cit., s. 174-175.
[241] Ibidem.
[242] Kodeks Etyki Lekarskiej, http://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej [dostęp: 14.02.2022].

odstępach czasowych oraz o momencie sprowadzenia dzieci na świat. Taka decyzja powinna być wolna od różnych form przymusu np. przemocy, dyskryminacji i nacisku. Z uwagi na stosunkowo młodą genezę praw reprodukcyjnych trudno ściśle określić ich katalog[243].

Z jednej strony w tym kontekście można mówić o prawie do rodzicielstwa (macierzyństwa i ojcostwa). Staranie się o dziecko powinno być wspierane przez odpowiednie informowanie zainteresowanych oraz zapewnienie im opieki medycznej, zgodnie z najnowszą wiedzą. Z drugiej strony prawa reprodukcyjne odnoszą się do swobody decyzji w kwestii posiadania dzieci, a co za tym idzie powinny stwarzać wolność do podjęcia decyzji o bezdzietności, a także dostęp do informacji oraz metod ułatwiających korzystanie z prawa zasadniczego[244].

W kontekście niniejszej pracy zasadne jest przeprowadzenie rozważań nad negatywną stroną praw reprodukcyjnych, czyli decyzją o nieposiadaniu dzieci. Należy podzielić pogląd E. Zielińskiej, zgodnie z którym państwo respektujące praw reprodukcyjne powinno zezwolić na użycie wszystkich środków antykoncepcyjnych dopuszczonych przez aktualny stan wiedzy medycznej, co powinno być oparte na dowodach naukowych. Za tak postawioną tezą przemawia potrzeba ochrony prawa do stanu zdrowia najlepszego jaki jest możliwy oraz prawa do korzystania w pełni z postępu naukowo-medycznego[245].

Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną istnieje kilka metod antykoncepcyjnych dedykowanych kobietom oraz dwie, które mogą być zastosowane przez mężczyzn. Do tej drugiej grupy należą prezerwatywy oraz wazektomia. Wybór metody antykoncepcyjnej zależy od wielu czynników. Dobór metody może być w pełni wolny, wyłącznie jeżeli jest podjęty po odpowiednim poinformowaniu o wadach, zaletach oraz skuteczności danej metody.

Równie istotne jest to, aby dostęp do metod antykoncepcyjnych był swobodny i równy. Wątpliwości w tym zakresie dotyczą nie tylko legalności stosowania danej metody – jak ma to miejsce w kontekście sterylizacji. Istotne jest także, aby dostępność antykoncepcji nie wiązała się z wykluczeniem żadnej grupy. Można mieć wątpliwości co do równości ekonomicznej wobec antykoncepcji hormonalnej. Refundacja leków, w tym tabletek antykoncepcyjnych, regulowana jest przez ustawę z dnia 12 maja 2011 o refundacji leków, środków spożywczych

[243] D. Bach-Golecka, *Rozważania o kontrowersjach i konsekwencjach koncepcji praw reprodukcyjnych*, „Polski Rocznik Praw Człowieka i Prawa Humanitarnego" 2016, nr 7, s. 21- 22.
[244] Ibidem, s. 22.
[245] E. Zielińska, *Ochrona zdrowia reprodukcyjnego…*, op. cit., s. 174.

specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych[246]. Zgodnie z wykazem prowadzonym przez Ministra Zdrowia, żaden z leków antykoncepcyjnych nie jest w Polsce w pełni refundowany. Sprawia to, iż ta metoda antykoncepcyjna jest niedostępna dla uboższych kobiet oraz dziewcząt, które nie są jeszcze samodzielne finansowo. Ponadto antykoncepcja hormonalna jest dostępna wyłącznie na receptę. W przypadku małoletniej wiąże się to z koniecznością otrzymania zgody opiekuna prawnego lub zgody zastępczej sądu opiekuńczego[247].

Można odnieść wrażenie, że w Polsce istnieje także brak równości w dostępie do antykoncepcji i dyskryminacja ze względu na płeć. Dotyczy to oceny prawnej legalności zabiegu dobrowolnej sterylizacji, która bywa odmienna w zależności od płci pacjenta. W obliczu braku regulacji prawnych dotyczących bezpośrednio zabiegu sterylizacji warto przywołać sprawozdanie Ministerstwa Zdrowia z wykonania ustawy o planowaniu rodziny za rok 2016, gdzie stwierdzono, że wykonanie tego zabiegu bez wskazań medycznych nie może być traktowane jako metoda antykoncepcyjna. Tym samym wykonanie tego zabiegu ze względów antykoncepcyjnych będzie wiązało się z odpowiedzialnością lekarza za przestępstwo, tj. czyn z art. 156 § 1 pkt 1 k.k. Podane w przywołanym sprawozdaniu przykłady dotyczą wyłącznie zabiegu przerwania drożności jajowodów. Ministerstwo nie odniosło się do zabiegu wazektomii, co jak zauważa E. Zielińska może powodować wrażenie, że sterylizacja kobiet jest nielegalna, zaś sterylizacja mężczyzn mieści się w granicach prawa[248]. Taką też interpretację przyjęła część lekarzy specjalistów oferujących zabieg wazektomii w prywatnych gabinetach lekarskich. W kontraście do tego warto podkreślić, że żaden gabinet lekarski w Polsce nie oferuje zabiegu podwiązania jajowodów w celach antykoncepcyjnych.

Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży w art. 4 nakłada obowiązek wprowadzenia do programów nauczania szkolnego wiedzy o życiu seksualnym człowieka, zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji. Edukacja młodzieży w zakresie praw i zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego jest podstawą do świadomego korzystania z nich w życiu dorosłym.

[246] Ustawa z dnia 12 maja 2011 o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. 2019 roku poz. 784 ze zm.
[247] N. Glińska, *Własne ciało – operatywność praw seksualnych o reprodukcyjnych w Polsce*, „Folia Iuridica Universitatis Wratislaviensis" 2016, vol. 5 (2), s. 47-48.
[248] E. Zielińska, *Ochrona zdrowia reprodukcyjnego…*, op. cit., s. 197-198.

Wnioskując z dyspozycji art. 200 k.k. należy stwierdzić, że prawo pozwala na rozpoczęcie współżycia seksualnego wraz z ukończeniem 15. roku życia. Uzasadnia to obowiązek należytej edukacji seksualnej umożliwiającej świadome podjęcie decyzji o rozpoczęciu współżycia oraz dającej szanse na odpowiedzialne planowanie rodziny. Oznacza to, że piętnastoletnia dziewczyna może odbyć stosunek seksualny, lecz jeszcze przez rok nie może żądać pełnej informacji na temat stanu swego zdrowia. Gdyby chciała udać się do lekarza ginekologa w celu zdobycia recepty na tabletki antykoncepcyjne bez rodzica lub opiekuna musi poczekać jeszcze trzy lata[249].

Edukacja seksualna w szkołach powinna uświadamiać, jakie obowiązki mają partnerzy wchodzący w życie seksualne. Jakość takiej edukacji stoi jednak pod znakiem zapytania. Jednocześnie nie jest możliwe oderwanie młodzieży od innych źródeł informacji o seksie, a ostatnimi czasy najwięcej informacji czerpią oni z internetu. Niewłaściwa selekcja informacji czy też korzystanie z nieodpowiedniego źródła może tworzyć zakrzywioną i niezdrową wizję stosunków seksualnych. Walka z dostępem do nieodpowiednich treści w dobie internetu zdaje się być nierealna, stąd też obowiązek właściwego kształcenia nałożony na szkoły jest dziś ważniejszy niż kiedykolwiek wcześniej.

Edukacja seksualna powinna uświadomić młodemu człowiekowi wartość, jaką jest rodzina oraz dać wiedzę pozwalającą na świadome jej planowanie. Jest to ściśle związane z edukacją dotyczącą metod antykoncepcyjnych umożliwiającą właściwy dobór do aktualnych potrzeb. Oczywistą kwestią jest fakt, że młody człowiek nie powinien decydować się na trwałą metodę antykoncepcji jaką jest sterylizacja. Metoda ta jest przeznaczona dla osób w wieku umożliwiającym podjęcie świadomej decyzji o zabiegu tak mocno rzutującym na resztę życia. Stąd też ustawodawstwo części państw wprowadziło cenzus wiekowy wyrażenia zgody na poddanie się temu zabiegowi. Właściwa edukacja seksualna może przyczynić się do lepszego poznania swojej seksualności, a tym samym do podniesienia świadomości w kwestii planowania potomstwa. Przyczyni się to do rozważnego wyboru metody antykoncepcyjnej.

Ponadto istotne jest, aby edukacja w szkołach była zgodna z aktualnym stanem wiedzy naukowej. Stąd też nie powinna zostać pominięta żadna metoda antykoncepcyjna zgodna ze stanem wiedzy, w tym także sterylizacja.

[249] M. Płatek, *W stronę matki – ustawa o planowaniu rodziny* [w:] *Prawa człowieka wobec rozwoju biotechnologii*, J. Kondratiewa-Bryzik, K. Sękowska-Kozłowska (red.), Warszawa 2013, s. 214-215.

Można zauważyć, że ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży dotyka tematu sterylizacji w dwóch podstawowych aspektach. Pierwszy z nich to obowiązek organów administracji rządowej i samorządowej w zapewnieniu obywatelom swobody dostępu do metod i środków służących świadomej prokreacji. Obowiązek nałożony na organy państwa jest nierozerwalnie złączony z prawem obywatela do korzystania z wszelkich dostępnych metod, zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Drugi aspekt wiąże się z nauczaniem o życiu seksualnym człowieka. W tej kwestii obowiązek wprowadzenia do programów nauczania odpowiednich kwestii wiąże się z prawem ucznia do uczestniczenia w takich zajęciach. Ma to szczególne znaczenie, bowiem sprowadza się to do kształtowania świadomości seksualnej oraz gromadzenia wiedzy o metodach i środkach świadomej prokreacji, co w przyszłości ma zaowocować właściwym korzystaniem z tych środków.

Rozdział IV

Kontratypy w polskim prawie karnym a sterylizacja

§ 1. Bezprawność jako element struktury przestępstwa

Teoria trójelementowej struktury przestępstwa zakłada istnienie modelu przestępstwa składającego się z istoty czynu, winy oraz bezprawności. Zgodnie z przywołaną teorią każdorazowa ocena stanu faktycznego pod kątem legalności danego zachowania powinna opierać się na analizie występowania wskazanych trzech elementów. Ponadto przyjęcie takiego modelu jest wyrazem myślenia ekonomicznego – uznanie, że jeden ze zbadanych elementów wskazuje na fakt, że dany czyn nie powinien być uznany za przestępstwo powoduje, iż nie ma konieczności badania kolejnych elementów. Przedstawiony model niewątpliwie ułatwia ocenę stanów faktycznych, w których istnieje podejrzenie, że zostało popełnione przestępstwo[250].

Rozróżnienie bezprawności od winy, a tym samym okoliczności wyłączających bezprawność od tych wyłączających winę jest charakterystyczne dla systemów prawnych powiązanych z niemieckim prawodawstwem[251]. Jak zauważa A. Zoll taki podział nie występuje we wszystkich porządkach prawnych. Próżno szukać rozróżnienia między bezprawnością a winą w prawie karnym krajów anglosaskich czy Francji[252].

Pojęcie bezprawności w kontekście przestępstwa może być konstruowane w dwojaki sposób. Pierwszy z modeli zakłada, że istota bezprawności jest jednakowa dla wszystkich gałęzi prawa. Zgodnie z tym, dane zachowanie jest legalne albo bezprawne. Zachowanie bezprawne jest zachowaniem sprzecznym z normą sankcjonowaną określającą zachowanie legalne. Naruszenie normy sankcjonowanej niekiedy pozostaje bez sankcji, a w pozostałych przypadkach może powodować konsekwencje w postaci sankcji cywilnoprawnej, administracyjnej kary pieniężnej, czy też najbardziej ingerującej w wolność człowieka kary

[250] M. Grudecki, *Kontratypy pozaustawowe w polskim prawie karnym, Rozdział I. Bezprawność jako element struktury przestępstwa w nauce prawa karnego*, Legalis el.
[251] Ibidem.
[252] A. Zoll, *Uwagi o charakterze prawnym stanu wyższej konieczności,* SI 1994, nr 21, s. 181.

kryminalnej. Zgodnie z tym, norma sankcjonowana wyznacza granice dozwolonego zachowania, zaś norma sankcjonująca ustanawia zakres karalności za złamanie tej pierwszej[253].

Pojęcie bezprawności odnosi się w pierwszej kolejności do zachowania sprzecznego z konkretnymi przepisami prawa. W konsekwencji pojęcie to będzie kształtowało się zgoła odmiennie w każdej z gałęzi prawa, bowiem inne klauzule generalne mogą wystąpić w prawie cywilnym, a inne w administracyjnym oraz karnym. Zdaniem K. Patory taka sytuacja może doprowadzić do oceny, że dane zachowanie nie jest sprzeczne z konkretną normą prawną, lecz może naruszać klauzulę generalną obowiązującą w tej gałęzi, co powoduje, że takie zachowanie traci możliwość korzystania z ochrony prawnej[254].

Drugi model bezprawności wskazuje na specjalne, odrębne cechy uwzględniające specyfikę odpowiedzialności karnej. W myśl tej teorii bezprawnym jest zachowanie, które mieści się w określonych warunkach podmiotowych (np. umyślności), zagraża dobru chronionemu prawem przy stwierdzeniu, że nie zaistniały negatywne znamiona przestępstwa, które uzasadniają to naruszenie czyniąc je legalnym. Koncepcja bezprawności karnej nie redukuje istoty bezprawności jedynie do normy sankcjonowanej, co powodowałoby, że obejmuje zakres zachowań węższy niż przy zastosowaniu koncepcji bezprawności jednakowej dla całego systemu prawa opisanej wyżej[255].

Zdaniem A. Marka karną bezprawność czynu należy rozumieć jako sprzeczność z normą karną. Jest ona zatem zależna od obowiązującej treści przepisów prawa karnego. Ustawa karna poprzez określenie znamion czynu zabronionego formalizuje cechę społecznej szkodliwości czynu. Znamiona czynów zabronionych są opisem zachowania typowego, uznawanego za bezprawne i społecznie szkodliwe. Bywa jednak, że może zaistnieć sytuacja, w której wystąpi rozbieżność pomiędzy decyzją o penalizacji czynu a jego oceną in concreto. Można wyobrazić sobie sytuację, w której czyn nie jest społecznie szkodliwy, mimo, że wypełnia znamiona przestępstwa, a jego penalizacja nie jest uzasadniona względami społecznymi. Wystąpienie takiej sytuacji zmusza do rozważenia postulatu uchybienia bezprawności czynu. Jak podkreśla A. Marek fakt braku społecznej szkodliwości czynu, który wypełnia znamiona czynu zabronionego nie powoduje uchylenia jego bezprawności. W przeciwnym razie zbędne byłoby wprowadzenie w ustawie karnej konstrukcji kontratypów, a

[253] M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo karne*, Warszawa 2020, s. 247.
[254] K. Patora, *Pojęcie „bezprawności" w różnych gałęziach prawa*, „Prokuratura i prawo" 2018, nr 10, s. 64-93.
[255] M. Królikowski, R. Zawłocki, op. cit., Warszawa 2020, s. 247.

wystarczyłoby ograniczenie się do przepisu o znikomej społecznej szkodliwości czynu (art. 1 § 2 k.k.)[256].

Uchylenie bezprawności czynu nie zawsze wiąże się z brakiem społecznej szkodliwości czynu. Bywają sytuacje, gdy sprawca dopuszcza się zachowania, które posiada cechę społecznej szkodliwości w warunkach wyłączających bezprawność czynu, mimo, że a co za tym idzie jego ukaranie wydaje się niecelowe. Przykładem takiej sytuacji może być uszkodzenie ciała napastnika, gdy sprawca działa w warunkach obrony koniecznej[257].

Na bezprawność czynu można spojrzeć także z perspektywy dobra chronionego prawem. Takie podejście powoduje konieczność udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy czyn, który podejrzewamy, że może być przestępstwem narusza normę sankcjonowaną, która została ustalona w sposób przewidziany dla ochrony dóbr prawnych w Konstytucji. Konieczne na tym etapie jest ustalenie czy czyn człowieka jest zachowaniem sprzecznym z zakazem przewidzianym w normie albo jest brakiem określonego zachowania nakazanego w owej normie[258].

Tym samym do stwierdzenia naruszenia normy sankcjonowanej konieczne jest wystąpienie jednego z dwóch warunków. Pierwszym z nich jest zagrożenie dobru chronionemu prawem. Takie zagrożenie występuje w przypadku niszczenia rzeczy za zgodą właściciela. Mimo, że takie zachowanie wypełnia znamiona z art. 288 k.k. tj. niszczenia rzeczy cudzej to zaistnienie pierwszego z omawianych warunków nie jest wystarczające do stwierdzenia popełnienia czynu zabronionego. Dzieje się tak ponieważ zachowanie sprawcy traci przymiot bezprawności wskutek zgody właściciela rzeczy ruchomej - wówczas zachowanie sprawcy nie jest atakiem na dobro jakim jest własność, lecz wyrazem realizacji prawa własności[259].

Zdaniem A. Zolla zdarzają się sytuacje, w których naruszenie normy sankcjonowanej nie powinno wiązać się z nałożeniem na sprawcę sankcji. Dochodzi do tego w przypadku kolizji norm sankcjonowanych, a w zasadzie kolizji dóbr chronionych tymi normami. Zdaniem przywołanego Autora jedno dobro można poświęcić kosztem drugiego, gdy istnieje społeczna

[256] A. Marek, *Prawo karne*, Warszawa 2011, s. 162-163.
[257] Ibidem.
[258] W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne. Część ogólna*, Kraków 2014, s. 171.
[259] Ibidem.

opłacalność poświęcenia tego dobra oraz gdy poświęcone dobro ma mniejszą wartość społeczną[260].

Drugim warunkiem koniecznym do zaistnienia bezprawności jest obiektywne zagrożenie dobru przez czyn sprawcy. Takie potencjalne zagrożenie musi w tym przypadku wynikać z wiedzy i doświadczenia. Innymi słowy nie jest bezprawny czyn zrealizowany zgodnie z regułami postępowania, mimo, że może on zagrażać dobru prawnemu. Obrazowo pokazuje to sytuacja, w której lekarz przeprowadza operację zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i praktyką lekarską, a pacjent w wyniku niepowodzenia ponosi śmierć. Przeprowadzenie operacji w sposób prawidłowy wyklucza naruszenie normy prawnej chroniącej życie pacjenta[261].

Opisane wyżej dwa warunki stanowią przykłady sytuacji, w których nie doszło do zagrożenia dobru chronionemu prawem lub nie nastąpiło naruszenie zasad postępowania z dobrem. Zdaniem W. Wróbla i A. Zolla takie sytuacje są pierwotnie legalne – powinny być traktowane na równi z zachowaniami nie naruszającymi normy sankcjonowanej i do przyjęcia ich legalności nie jest konieczne wystąpienie wyjątkowych okoliczności usprawiedliwiających naruszenie normy sankcjonowanej[262].

Inna sytuacja ma miejsce, gdy czyn wypełnia znamiona czynu zabronionego, lecz sprawca działa w ramach określonych prawem okoliczności wyłączających bezprawność, czyli tzw. kontratypów. Jeżeli czyn mieści się w ramach konstrukcji kontratypu i nie jest uznany za karnie bezprawny, to powoduje brak konieczności stosowania środków reakcji prawnokarnej wobec sprawcy. Należy tu zauważyć, że jest to odmienna sytuacja niż przy okolicznościach wyłączających winę, w przypadku których, nie następuje wyłączenie bezprawności, co w określonych sytuacjach stwarza możliwość zastosowania środków zabezpieczających[263].

Zachowanie człowieka może nosić znamiona bezprawności w przypadku, gdy narusza stosunki społeczne, chronione obowiązującą normą nakazującą lub zakazującą. W konsekwencji można dojść do wniosku, że ustawa karna posługując się pojęciem „bezprawności" ma na myśli „naruszenie" rozumiane jako sprzeczność czynu z zakazem lub nakazem ustalonym w przepisie. Podobną interpretację nasuwa analiza art. 53 ustawy z dnia 2

[260] A. Zoll, *O normie prawnej z punktu widzenia praw karnego*, „Krakowskie studia Prawnicze" 1990, nr XXIII, s. 69-78.
[261] Ibidem, s. 171-172.
[262] Ibidem.
[263] A. Marek, *Prawo karne*, op.cit., s. 164.

grudnia 2009 roku o izbach lekarskich[264] regulujący zakres odpowiedzialności zawodowej lekarza. Zgodnie z przywołanym przepisem członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej właśnie za „naruszenie" zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Lekarz może zatem zostać pociągnięty do odpowiedzialności za czyn sprzeczny z prawem, z zasadami etyki lekarskiej, z kryterium staranności lub z aktualną wiedzą medyczną[265].

W kwestii realizacji znamion czynu zabronionego prawo karne przewiduje dwie metody dające możliwość korekty co do odpowiedzialności karnej ze względu na bezprawność czynu. Pierwsza z nich dotyczy sytuacji zachowania należytej ostrożności, co przy rekonstrukcji normy prawnej zawartej w przepisie karnym nie pozwala uznać, że sprawca ten przepis naruszył. Podobna sytuacja będzie miała miejsce, gdy norma dopuszcza pewnego rodzaju ryzyko przy zachowaniu sprawcy – np. podczas samochodowych zawodów sportowych istnieje ryzyko spowodowania wypadku w ruchu lądowym. Taka sytuacja zdaniem M. Królikowskiego i R. Zawłockiego nosi cechy pierwotnej legalności[266].

Za drugą metodę podaje się kontratypizację, czyli wskazanie konkretnych ram zezwalających na złamanie obowiązującego zakazu[267]. W przeciwieństwie do przykładu opisanego wyżej, w tej sytuacji uchylenie bezprawności ma charakter wyjątkowy, spowodowany wystąpieniem szczególnych okoliczności, usprawiedliwiających naruszenie normy sankcjonowanej. Część przedstawicieli doktryny prawa karnego uznaje kontratypy za negatywne znamiona czynu zabronionego. W myśl ich poglądów, okoliczności wyłączające bezprawność są elementem opisu czynu zabronionego, a ich zaistnienie w sytuacji faktycznej w ogóle nie różni się od sytuacji, w której nie doszło do naruszenia normy sankcjonowanej[268].

Podgląd przeciwny do zaprezentowanego nakazuje zauważyć, że zachowanie wypełniające znamiona kontratypu zagraża dobru chronionemu prawem oraz narusza zasady postępowania z tym dobrem. Jak wskazują A. Zoll i W. Wróbel istota kontratypu nie sprowadza się do stwierdzenia, że zakazy lub nakazy przewidziane w normie sankcjonowanej nie zostały naruszone. Wspomniani Autorzy twierdzą, iż „istota kontratypu polega na tym, że to co się

[264] Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich Dz. U. 2009 nr 219 poz. 1708 ze zm. t.j. Dz. U. 2021 poz. 1342, z 2023 roku poz. 1234.
[265] I. Wrześniewska-Wal, *Odpowiedzialność lekarza w orzecznictwie sądów lekarskich*, Warszawa 2020, s. 78
[266] M. Królikowski, R. Zawłocki, Prawo karne, Warszawa 2020, s. 252-253.
[267] Ibidem.
[268] W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne,* op.cit., s. 341.

stało, jest złem, które w kontekście zaistniałych okoliczności znajduje usprawiedliwienie, gdyż jego spowodowanie zapobiegło nastąpieniu większego zła”[269].

Od kontratypów należy odróżnić znikomą społeczną szkodliwości czynu, która wprawdzie powoduje uchylenie przestępności czynu, lecz nie ze względu na brak bezprawności tylko z uwagi na brak materialnej cechy przestępstwa. W Kodeksie karnym ustawodawca przewidział pięć kontratypów i są to: obrona konieczna (art. 25 § 1 k.k.), stan wyższej konieczności (art. 26 § 1 k.k.), dopuszczalne ryzyko eksperymentu (art. 27 k.k.), uzasadniona krytyka wyłączająca bezprawność w odniesieniu do przestępstwa zniesławienia (art. 213 k.k.) oraz ostateczną potrzebę wojskową (art. 319 k.k.)[270].

Poza kontratypami uregulowanymi w kodeksie karnym wyróżnia się również te, których podstawą są inne ustawy. Określa się je mianem kontratypów pozakodeksowych i zalicza się do nich dopuszczalne prawem przerwanie ciąży, zabiegi lecznicze, działanie w ramach szczególnych uprawnień i obowiązków, prawo do samopomocy z kodeksu cywilnego czy eksperyment medyczny[271].

W doktrynie i orzecznictwie widoczny jest także podgląd, zgodnie z którym opis czynu zabronionego musi mieć podstawę w ustawie, lecz ten wymóg nie dotyczy kontratypów. Powoduje to możliwość wyodrębnienia kontratypów pozaustawowych, których źródłem nie jest tekst ustawy, lecz właśnie poglądy doktryny i orzecznictwo – są one formułowane niejako przez naukę prawa oraz bywają respektowane przez praktykę. Kontratypy z tego rodzaju mają swój teoretyczny opis i bywają poruszane w orzecznictwie Sądu Najwyższego[272]. Zwolennicy teorii kontratypów pozaustawowych twierdzą, że są one legitymizowane przez przekonującą niecelowość ukarania, która jest niedostrzeżona i niezadeklarowana przez prawodawcę. Koncepcja ta ma zapewnić niezbędną elastyczność prawa karnego i prawa wykroczeń. Kontratypy pozaustawowe mają dać możliwość poszanowania reguł funkcjonujących w życiu społecznym, bowiem ustawodawca tworząc prawo nie zawsze jest w stanie nadążyć za zmieniającą się rzeczywistością. Ten rodzaj kontratypów ma rekompensować „opóźnienie” ustawodawcy w stosunku do zmieniających się reguł społecznych. Kontratypy pozaustawowe mają być wyjątkiem od reguły przymusu regulacji danej materii w ustawie, lecz muszą być

[269] Ibidem.
[270] A. Marek, *Prawo karne*, op. cit., s. 164.
[271] A. Marek, *Prawo karne*, Warszawa 2011, s. 164; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne.,* op. cit., s. 345.
[272] J. Sobczak, *Granice prowokacji artystycznej a wolność wypowiedzi*, A. Liszewska., J. Kulesza (red.), *Pro dignitate legis et maiestate iustitiae: Księga jubileuszowa z okazji 70. rocznicy urodzin Profesora Witolda Kuleszy*, Łódź 2020, s. 645.

zgodne z zasadami i ocenami przewidzianymi w ustawie i całym systemie prawnym[273]. Uzasadnieniem stosowania konstrukcji kontratypu pozaustawowego ma być przekonująca niecelowość ukarania sprawcy[274]. Wynika to z założenia, że ustawodawca tworząc prawo nie jest w stanie zredagować przepisów w taki sposób, aby rodzajowy opis czynu zabronionego obejmował jedynie zachowania bezprawne[275].

Z założenia zasada *nullum crimen sine lege* tworzy zobowiązanie do precyzyjnego tworzenia ustawodawstwa określającego typ czynu zabronionego. Zdaniem A. Grześkowiak wskazany wymóg nie dotyczy kontratypów, z uwagi na fakt, że wyłączają one odpowiedzialność karną, a nie powodują ją [276].

Zwolennicy koncepcji kontratypów pozaustawowych są zadania, że nie jest możliwe uchwalenie ustawy karnej, której dokładność i skrupulatność pozwalałaby na idealne uregulowanie wszystkich sytuacji społecznych, dających się karnoprawnie wartościować. Zakładają, że przeciwne myślenie ociera się o utopijne wizje oraz jest przykładem „prawniczej wiary w kreacyjną moc aktu prawnego"[277].

Co więcej, zdaniem T. Snarskiego instytucja kontratypów pozaustawowych nie tylko nie łamie zasady *nullum crimen sine lege*, lecz jest niejako jej dopełnieniem. Twierdzi on, że ten typ kontratypów pełni rolę narzędzia racjonalizującego i humanizującego prawo karne. Stosowanie ich w praktyce tworzy możliwość korekty kryminalizującej decyzji ustawodawcy, działającej na rzecz oskarżonego. Ponadto kontratypy pozaustawowe są wyrazem ponad pozytywnych idei i zasad prawa karnego[278].

Elastyczność ustawodawstwa karnego powinna umożliwić sądom wydawanie uczciwych rozstrzygnięć, proporcjonalnych do zmian społecznych, politycznych i

---

[273] M. Grudecki, Kontratypy pozaustawowe w polskim prawie karnym, Rozdział I. Kontratypy pozaustawowe, Legalis el.; tak też J. Hanc, *L'art pour l'art, czyli o tzw. kontratypie sztuki*, SACLR 2020, Nr 1, s. 174.; T. Gardocka, *Czy w polskim prawie potrzebny jest kontratyp sztuki*?, „Palestra" 2015, s. 24; K. Piątkowska, O rzekomym kontratypie karcenia w celach wychowawczych, WSE 2017, Nr 11, s. 261.; *P. Brzozowski*, Pozaustawowe kontratypy – zarys problematyki, „Studia Prawnicze" 2013, s. 180; R. Krajewski, *Kontratypy weselne*, „Palestra" 2014, nr 5-6, s. 22.

[274] J. Kluza, K. Sączek, *Przepisy karne w kulturze masowej a kontratyp sztuki, czyli gdzie leży granica między sztuką a pornografią?* „Rynek–Społeczeństwo–Kultura. Numer specjalny" 2017, nr 26, s. 79.

[275] J. Majewski, *Okoliczności wyłączające bezprawność czynu a znamiona subiektywne*, Warszawa 2013, s. 20.

[276] A. Grześkowiak [w:] A. Marek (red.), *Prawo karne. Zagadnienia Teorii i praktyki*, Warszawa 1986, s. 120.

[277] T. Snarski, *Tryptyk na rzecz kontratypów pozaustawowych w polskim prawie karnym. Profesorowi Jarosławowi Warylewskiemu in memoriam* [w:] W. Zalewski, J. Potulski, T. Snarski, Zbrodnia i kara. Refleksje o przeszłości, teraźniejszości i przyszłości prawa karnego. Księga upamiętniająca Profesora Jarosława Warylewskiego, Gdańsk 2022, s.143.

[278] Ibidem, s. 149-150.

kulturowych. Przykładem konstrukcji uelastyczniających prawo są tzw. klauzule generalne – określenia miękkie, niedookreślone dające swobodę decyzyjną dającą się dostosować do zmian zachodzących w społeczeństwie (np. społeczna szkodliwość czynu). Elastyczność prawa nie może jednak usprawiedliwiać tak niekonwencjonalnego środka jakim są kontratypy pozaustawowe[279]. Wykroczenie poza ustawowe ramy z szukaniem źródła przesłanek wyłączających bezprawność mogłoby naruszać zasadę pewności prawa.

Podejmując rozważania dotyczące kontratypów pozaustawowych warto dokonać ich analizy w kontekście zasady wyłączności ustawy. Zasada ta, zwana także zasadą określoności jest jedną z podstawowych w systemie prawa karnego. Ustawodawca zapisał tę zasadę w art. 42 ust. 1 Konstytucji RP, lecz już wcześniej była ona wyprowadzana z zasady demokratycznego państwa prawa w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego[280]. Zasada określoności stanowi składnik zasady zaufania obywatela do państwa oraz tworzonego przez nie prawa. W uproszczeniu można wyjaśnić ją jako zakaz rozszerzania odpowiedzialności karnej poza przepisy ustawy – nie ma przestępstwa i kary bez ustawy[281]. Zatem należy w pełni zgodzić się z A. Grześkowiak, że „(…) jedynym źródłem prawa karnego może być tylko ustawa, co wyłącza poza nawias źródeł zarówno zwyczaj, jak i orzecznictwo sądowe i doktrynę"[282].

Ponadto warto zaznaczyć, że z katalogu źródeł powszechnie obowiązującego prawa umiejscowionego w art. 87 Konstytucji również wynika, że nie zalicza się do niego orzecznictwa sądowego, piśmiennictwa doktryny prawniczej czy zwyczaju. Można zatem dojść do wniosku, że wyłączenie danego zachowania spod zakazu prawnego w związku z użyciem konstrukcji kontratypu pozaustawowego byłoby działaniem organu władzy państwowej bez podstawy prawnej, sprzecznym z art. 7 Konstytucji RP[283]. Jak podkreślają W. Wróbel oraz A. Zoll kompetencje określenia kontratypów, czyli przesłanek wyłączających odpowiedzialność karną posiada wyłącznie ustawodawca, co gwarantuje mu jego legitymizacja demokratyczna oraz umocowanie konstytucyjne[284].

---

[279] P. Brzozowski, *Pozaustawowe kontratypy – zarys problematyki,* „Studia Prawnicze" 2013, z.4 (196), s. 192-193.
[280] np. postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 25 września 1991 r, S 6/91 nr 10099, Legalis el.
[281] M. Grudecki, *Tak zwane kontratypy pozaustawowe a funkcja gwarancyjna prawa* karnego [w:] A. Golonka, M. Trybus (red.), Prawo karne w obliczu zmian i aktualnych problemów polityki kryminalnej, Rzeszów 2018, s.174-176.
[282] A. Grześkowiak, *Nullum crimen, nulla poena sine lege anteriori. Prawa człowieka. Model prawny*, Wrocław-Warszawa-Kraków 1991, s.506.
[283] Ibidem, s. 185.
[284] W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne…,* op. cit., s. 341.

Zauważa się również niezgodność kontratypów pozaustawowych z zasadą trójpodziału władzy zapisaną w art. 10 Konstytucji RP. Dopuszczenie występowania kontratypów pozaustawowych będących nienormatywnymi okolicznościami wyłączającymi bezprawność byłoby dowodem wkraczania władzy sądowniczej w obszar kompetencji władzy ustawodawczej. Zgodnie z tą zasadą wyroki sądowe (a tym bardziej poglądy doktryny) nie powinny być uważane za źródło prawa, bowiem założenie odwrotne musiałoby być uznane za sprzeczne z Konstytucją[285].

Jak zauważa I. Stachura nie ma konieczności stosowania konstrukcji kontratypu pozaustawowego do zachowań z obszaru tzw. ryzyka sportowego. Można bowiem znaleźć ich zakorzenienie w systemie prawnym poprzez legalność danej dyscypliny, dopuszczalność gry sportowej przez państwo, zgodność zachowania z regułami danej dyscypliny oraz podjęcie działania w celu sportowym. Z perspektywy funkcjonalnej aktywność sportowa może być uzasadniona z powodu powszechnej akceptacji[286]. Zaprezentowane rozważania można odnieść *per analogiam* do innych zachowań. W celu uznania ich legalności konieczne zatem jest ich źródło w ustawodawstwie – jednym akcie prawnym lub wielu (nie musi to być wyrażone *expressis verbis*) oraz powszechna akceptacja społeczna tego typu zachowania.

Zachowania określane mianem kontratypów pozaustawowych mają niejednoznaczny charakter prawny. Wiąże to się z szukaniem różnych uzasadnień ich legalności przez przedstawicieli doktryny. Tak więc dane zachowanie może być uznane za pierwotnie legalne z uwagi na znikomą szkodliwość społeczną czynu lub legalne z uwagi na wyłączenie winy. Jako przykład można wrócić znów do ryzyka sportowego, które może być uznane za pierwotnie legalne (np. R. Kubiak[287], I. Stachura[288]), uznane za kontratyp pozaustawowy (A. Marek[289]), czy traktowane jako zgoda dysponenta dobrem lub ryzyko dnia codziennego (W. Wolter[290]) albo wyłączenie winy (P. Brzozowski[291]). Pokazuje to, że każdy z kontratypów pozaustawowych ma „podwójne dno". Można zatem dojść do wniosku, że koncepcja kontratypów pozaustawowych nie jest jedynym możliwym wariantem uzasadniającym

[285] J. Hanc, *L'art pour l'art, czyli o tzw. kontratypie sztuki*. "Santander Art and Culture Law Review" 2020, Nr 1, s.135.
[286] I. Stachura, *Karcenie wychowawcze i ryzyko sportowe. Próba analizy statusu normatywnego wybranych kontratypów pozaustawowych*, „Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych" 2007, z. 2, s. 139-142.
[287] R. Kubiak*, Legalność pierwotna ryzyka sportowego*, „Prokuratura i Prawo" 2006, nr 12, s. 26:
[288] I. Stachura, *Karcenie wychowawcze i ryzyko sportowe…,* op.cit., s. 142.
[289] A. Marek, *Prawo karne*, op.cit, s. 176.
[290] W. Wolter, *Nauka o przestępstwie*, Warszawa 1973, s. 201
[291] P. Brzozowski, *Pozaustawowe kontratypy – zarys problematyki,* op.cit., s. 190.

legalność tych okoliczności. Jak uzasadnia P. Brzozowski jest to argument przeciwny uznaniu dopuszczalności tej konstrukcji prawnej[292].

§ 2. Doktrynalne koncepcje pierwotnej i wtórnej legalności zabiegów medycznych

Czyn człowieka może być zgodny z obowiązującym prawem bądź je naruszać. Zgodnie z łacińską sentencją *nullum crimen sine lege* żaden czyn nie jest przestępstwem, jeżeli nie jest zabroniony przez ustawę karną obowiązującą w chwili jego popełnienia. Zasada ta została normatywnie skonkretyzowana w art. 1 § 1 Kodeksu karnego. Oznacza to, że czyn, który nie jest zabroniony, jest pierwotnie legalny – do uznania jego legalności nie jest konieczne wystąpienie okoliczności wyłączających bezprawność. W tym kontekście niezwykle istotne zdają się rozważania dotyczące czynności leczniczych w zestawieniu ich z przestępstwami przeciwko życiu i zdrowiu penalizowanymi w rozdziale XIX Kodeksu karnego. W polskiej doktrynie prawa karnego można odnaleźć stanowiska opowiadające się za pierwotną legalnością zabiegów leczniczych[293], oraz takie, które uznają je za pierwotnie nielegalne i wymagające ich wtórnej legitymizacji poprzez zastosowanie konstrukcji kontratypu[294].

Czynności lecznicze uznaje się za społecznie pożyteczne – ukierunkowane są one bowiem na ratowanie wartości niezwykle ważnych dla społeczeństwa, takich jak ludzkie życie i zdrowie. Dlatego też działania o takim charakterze nie powinny być uznane za przejaw naruszenia norm określających zasady postępowania z wspomnianymi dobrami prawnymi. Założenie przeciwne, traktujące te czynności jako pierwotnie nielegalne wiązałoby się z sugestią, że znajdują się one w przestrzeni nieregulowanej przez prawo. Jako argumenty

[292] Ibidem, s. 190-191.

[293] Do zwolenników koncepcji pierwotnej legalności zabiegów leczniczych zalicza się: M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 9295; roku Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 4953, A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 65-88; T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie*, Warszawa 2013, s. 33-34; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna za niepowodzenie w leczeniu*, Warszawa 1988, s. 1016.

[294] Do zwolenników koncepcji wtórnej legalności zabiegów leczniczych zalicza się: I. Andrejew, *Polskie prawo karne w zarysie*, Warszawa 1978, s. 222; M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 173; M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Pierwotna bądź wtórna legalność czynności leczniczych*, [w:] M. Boratyńska, P. Konieczniak (red.), *Regulacja prawna czynności medycznych*, [w:] E. Zielińska (red.), *System Prawa Medycznego*, t. II, cz. 1, Warszawa 2019, s. 158–168 P. Daniluk, *Czynność lecznicza jako kontratyp*, PiM 2008, nr 2, s. 31–43; L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2006, s. 126-127; E. M. Guzik-Makaruk, E. Wojewoda, E. M. Truskolaska*, Odpowiedzialność za błędy medyczne w Polsce i Republice Federalnej Niemiec – wybrane aspekty*, Warszawa 2021, s. 65 A. Grześkowiak [w:] A. Marek (red.), *Prawo karne. Zagadnienia teorii i praktyki*, Warszawa 1986, s. 134- 135; A. Marek, *Prawo karne*, Warszawa 2011, s. 181-182; M. Mozgawa [w:] M. Mozgawa (red.), *Prawo karne materialne. Część ogólna*, Warszawa 2016, s. 257; J. Najda, *Z problematyki legalności zabiegów lekarskich na tle okoliczności wyłączających bezprawność czynu*, Przegląd Prawa i Administracji, Wrocław 1995, t. XXXII, s. 59 i nast.;

przemawiające za pierwotną legalnością zabiegów leczniczych podaje się najczęściej fakt, że leczenie nie wymaga wszak żadnego usprawiedliwienia – nie powoduje ono kolizji z inną normą, nie narusza reguł postępowania oraz realizuje cel powszechnie uznawany za ważny[295].

Zwolennikiem teorii pierwotnej legalności zabiegów leczniczych jest również A. Zoll. Jak argumentuje, stanowisko przeciwne tj. polegające na konieczności stosowania konstrukcji kontratypu do tego typu czynności, aby móc uznać je za legalne oznaczałoby, że leczenie co do zasady jest zabronione przez prawo. Naturalnie sprawa kształtuje się odmiennie – takie czynności są dozwolone oraz społecznie pożądane[296]. Podobne zdanie wyrażał S. Śliwowski, który zauważył, że nie jest właściwe stosowanie kontratypów wobec osób wykonujących czynności lecznicze zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, bowiem oznaczałoby to traktowanie ich analogicznie jak sprawców czynów zabronionych przeciwko życiu i zdrowiu. Oznaczałoby to, że działanie lekarza nastawione na poprawę zdrowia pacjenta stawia się obok umyślnego uszkodzenia ciała, co wydaje się nieracjonalne[297].

Również zdaniem A. Górskiego czynności lecznicze wykonywane przez lekarza są pierwotnie legalne, a więc nie jest konieczne zastosowanie konstrukcji kontratypu do uznania ich za zgodne z prawem. Podstawowym kryterium oceny legalności tego typu zabiegów będzie działanie *lege artis*, czyli profesjonalna prawidłowość postępowania lekarza. Kwestia zgody pacjenta będzie istotna wyłącznie z uwagi na możliwość pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności za występek z art. 192 Kodeksu karnego (wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta). A. Górski uznaje czynności nielecznicze za pierwotnie bezprawne, a ich wykonanie może usprawiedliwić jedynie zaistnienie okoliczności wyłączających bezprawność[298].

Mimo, że w doktrynie zdaje się dominować teoria o pierwotnej legalności zabiegów leczniczych należy zaznaczyć, że nie jest to jedyny pogląd. Przeciwnego zdania jest m.in. L. Gardocki uważający, że każda czynność lecznicza wiąże się z naruszeniem dóbr osoby, wobec której jest podejmowana, dlatego też każdorazowo konieczne jest użycie konstrukcji kontratypowej, aby mogła być ona uznana za legalną[299].

[295] M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Pierwotna bądź wtórna legalność czynności leczniczych* [w:] M. Boratyńska, P. Konieczniak (red.), *System prawa medycznego*, t. 2, *Regulacja prawna czynności medycznych*, cz. 1, Warszawa 2019, s. 134-168.
[296] A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Warszawa 1988, s. 10-12.
[297] S. Śliwowski, *Polskie prawo karne materialne. Część ogólna*, Warszawa 1946, s. 191.
[298] A. Górski, *Wykonywanie zawodu lekarza a prawo karne*, Warszawa 2019, s. 81.
[299] L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2006, s. 126-127.

Zwolennikiem teorii wtórnej legalności zabiegów leczniczych był również M. Filar. Jak słusznie zauważał, duża część zabiegów leczniczych wiąże się z naruszeniem integralności cielesnej człowieka. Tak też uzasadniał, że tego typu postępowanie, nawet to poprowadzone zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy lekarskiej, jest pierwotnie nielegalne, ponieważ przy jego realizacji wypełniane są znamiona wskazane w ustawie karnej[300].

Za wtórną legalnością czynności leczniczych opowiada się także M. Boratyńska i P. Konieczniak, którzy uważają, że cel leczniczy wraz z właściwym wykonaniem czynności i prawidłowo wyrażoną zgodą pacjenta tworzą kontratyp uzasadniający legalność tego typu zabiegów. Podkreślają, że kompetencje formalne nie należą do elementów kontratypu, lecz należy je zaliczyć do warunków dopuszczalności leczenia[301].

Tego samego zdania są E. M. Guzik Makaruk, E. Wojewoda i E. M. Truskolaska. Autorki sprzeciwiają się stwierdzeniu, że zdrowie jest wartością niepodzielną. Zauważają, że w ramach niektórych działań leczniczych może wystąpić poświęcenie jednego aspektu zdrowia, kosztem drugiego. Pogląd przywołanych Autorek jest zgodny z przemyśleniami M. Boratyńskiej i P. Konieczniaka w temacie koncepcji wtórnej legalności czynności leczniczych. Autorzy zgadzają się w tym, że daje ona możliwość „ujęcia czynności leczniczych w sposób spójny z prawem medycznym”[302].

Czynności lecznicze należą do grupy działań nazywanych zbiorczo świadczeniami leczniczymi. Zakwalifikowanie konkretnego świadczenia do czynności leczniczych będzie zależało od celu przyświecającego jego wykonaniu. Czynnościom terapeutycznym przyświeca cel leczniczy. Zdefiniowanie tego celu zdaje się niezwykle istotne, bowiem od skonstruowanej definicji będzie zależało, czy dana czynność ma status terapeutycznej czy nieterapeutycznej, a tym samym czy jest pierwotnie legalna czy też nie[303].

W doktrynie nie budzi większych wątpliwości stwierdzenie, że cel leczniczy powinien zakładać poprawę zdrowia lub zachowanie pacjenta w sferze zdrowia, które są naukowo przewidywalne oraz empirycznie udowodnione. Czynnością leczniczą nazwiemy zatem takie działanie lekarza, które jest nastawione na poprawę zdrowia pacjenta, które powinno odbyć się przy zastosowaniu jak najmniejszego ryzyka. Metody używane przez lekarza powinny

[300] M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Warszawa 1997, s. 93-94.
[301] M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Pierwotna bądź wtórna legalność czynności leczniczych*…, op. cit., s. 168.
[302] E.M. Guzik-Makaruk, E. Wojewoda, E.M. Truskolaska*, Odpowiedzialność za błędy medyczne w Polsce i Republice Federalnej Niemiec – wybrane aspekty*, Warszawa 2021, s. 65
[303] Ibidem, s. 82.

dawać się przewidzieć i oszacować. Ma to szczególne znaczenie przy analizie zdrowia psychicznego pacjenta. Nie jest wystarczające, żeby zabieg poprawił pacjentowi samopoczucie, aby można było go zaliczyć do zabiegów leczniczych. Jako przykład można tu wskazać zabiegi kosmetyczne nastawione wyłącznie na poprawę wyglądu – niewątpliwie poprawią one samopoczucie, pozytywnie wpływają na akceptację wyglądu ciała czy też zwiększają pewność siebie, lecz wciąż powinny być one zaliczane do czynności nieterapeutycznych[304].

W przypadku istnienia różnych, alternatywnych czynności mogących poprawić zdrowie pacjenta, decyzja co do wyboru metody leczenia każdorazowo należy do lekarza. To lekarz kierując się swoją wiedzą i doświadczeniem powinien wybrać metodę niosącą ze sobą jak najmniejsze ryzyko. Do pacjenta należy za to wyrażenie zgody na poddanie się leczeniu. Z tego względu niezwykle istotne jest to, aby lekarz w sposób zrozumiały wytłumaczył pacjentowi czym kierował się przy wyborze konkretnej metody oraz jakie szanse i zagrożenia niesie ze sobą jej zastosowanie[305].

Jedną z koncepcji pierwotnej legalności zabiegów leczniczych określa się mianem „koncepcji prawa zawodowego". Przywołana koncepcja zakłada, że skoro państwo dopuszcza do funkcjonowania zawód lekarza, nakładając na jego działanie określone ustawowo ramy prawne, to jednocześnie upoważnia lekarzy do wykonywania misji zawodowej (ratowania życia i zdrowia), nawet jeżeli wiąże się to z podejmowaniem działań ingerujących w integralność ciała człowieka. Zdaniem A. Liszewskiej do legalności czynności leczniczych wykonywanych przez lekarza nie jest konieczne stosowanie konstrukcji kontratypu z uwagi na brak kolizji dóbr. Cel leczniczy przyświecający czynnościom terapeutycznym wyklucza sprzeczność interesów, bowiem dobro ratowane przez lekarza i poniekąd „naruszane" tą samą czynnością są dobrem tożsamym – życiem i zdrowiem pacjenta[306].

Pierwotną legalność zabiegów medycznych terapeutycznych postuluje także E. Jęczmianka-Kopińska argumentując, że działalność lekarza ma charakter wieloaspektowy, lecz działanie na rzecz poprawy zdrowia pacjenta jest najważniejszym z nich. Kontynuując wywód zauważa, że ustawowe uregulowanie czynności leczniczych czyni je legalnymi - jak np. przeszczepów *ex vivo* w ustawie z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i

[304] Ibidem, s. 82-84.
[305] Ibidem.
[306] A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce*, Kraków 1998, s. 52-68.

przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów[307]. Zgodnie z tym granicą legalności zabiegu medycznego, jak i innych zachowań człowieka są normy prawne[308].

W polskiej doktrynie prawniczej istnieją także stanowiska uznające, że zabieg leczniczy naruszający integralność ciała człowieka wypełnia znamiona czynu zabronionego i uznanie go za legalny możliwe jest wyłącznie przy zaistnieniu okoliczności kontratypowych. Zgodnie z taką teorią wyłączenie bezprawności czynności lekarza następuje z uwagi na zestawienie normy chroniącej integralność ciała człowieka z normą nakazującą lekarzowi ratowanie zdrowia i życia człowieka, które są zagrożone[309].

Figura kontratypu konstruowana w kontekście czynności leczniczych opiera się o dwa rodzaje znamion: o charakterze obiektywnym i subiektywnym. Do znamion obiektywnych zalicza się najczęściej: postępowanie lekarza zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i zasadami postępowania w medycynie, posiadanie odpowiednich uprawnień przez osobę wykonującą zabieg oraz ważna zgoda pacjenta poddawanego owej czynności. Wśród znamion subiektywnych wymienia się wyłącznie cel leczniczy. Opisana koncepcja przyjmuje, że brak którejkolwiek z wymienionych przesłanek równoznaczny jest z koniecznością uznania zabiegu za bezprawny[310].

Z uznaniem zgody pacjenta za element konstrukcji kontratypowej nie zgadza się A. Złotek. Jego zdaniem uznanie zgody pacjenta za jeden z elementów kontratypu czynności leczniczej powoduje, że każdorazowe podjęcie przez lekarza takiej czynności bez uzyskania ważnej zgody pacjenta skutkować powinno odpowiedzialnością karną lekarza za czyn z art. 192 k.k. (wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta). W konsekwencji, nawet jeżeli lekarzowi przyświecał cel leczniczy oraz jeżeli działał on zgodnie z aktualną wiedzą lekarską nie wyłącza to odpowiedzialności za przywołane przestępstwo, co zdaje się być w sprzeczności z *ratio legis* tego przepisu[311].

Jak zauważają M. Królikowski i R. Zawłocki przepis art. 192 k.k. pełni charakter normy sankcjonowanej w odniesieniu do zasad wykonywania zawodu lekarza dotykając również

[307] Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. 2005 nr 169 poz. 1411 ze zm., t.j. Dz. U. 2023 poz. 1185.
[308] E. Jęczmionka-Kopińska, *Błąd w sztuce i niepowodzenie medyczne w polskim systemie prawa. Prawnoetyczne uwarunkowania zabiegów medycznych*, Poznań 2013, s. 48-51.
[309] Ibidem, s. 48-49.
[310] A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna…,* op.cit., s. 68-69.
[311] A. Złotek, *Charakter prawny zabiegu leczniczego – zarys problemu*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych" 2010, z. 2, s. 53.

materii obowiązku udzielania pomocy lekarskiej w sytuacjach zagrażających życiu lub zdrowiu pacjenta. Opisywana norma sankcjonowana jest wyrazem generalnej zasady zgody pacjenta będącej przesłanką legalności zabiegów leczniczych. Należy przy tym pamiętać o wyjątkowych regulacjach umożliwiających lekarzowi podejmowanie takich czynności bez zgody pacjenta, których podstawą normatywną są art. 33 i 34 ust. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty[312]. Dobrem chronionym przez art. 192 k.k. jest autonomia woli pacjenta w znaczeniu swobody decydowania po poddaniu się ingerencji medycznej[313].

M. Królikowski i R. Zawłocki postulują traktowanie odstępstw od dyrektywy przepisu art. 192 k.k. jako wyjątki. Traktowanie wykonania zabiegu bez zgody pacjenta nie będzie wypełniało znamion przywołanego przestępstwa wyłącznie, gdy znajdzie umocowanie w ustawie. Taka sytuacja zostaje rozstrzygnięta np. dyspozycją art. 34 ust. 7 u.z.l., która daje pierwszeństwo zdrowiu lub życiu pacjenta w kolizji z jego autonomią woli. Zaznacza się przy tym, że norma zawarta w art. 35 u.z.l. (zmiana zakresu zabiegu, metody leczenia lub diagnostyki bez zgody pacjenta) jako wyjątek powinna być traktowana w sposób restrykcyjny – może być zastosowana wyłącznie, gdy zmiana metod leczenia lub zakresu zabiegu nie jest uprzednio do przewidzenia, a ich modyfikacja jest podyktowana celem ratowania zdrowia i życia pacjenta[314].

Należy zaznaczyć, że wyjątki od zasady penalizacji wykonania zabiegu medycznego bez zgody pacjenta dotyczą wyłącznie czynności terapeutycznych, czyli takich, którym przyświeca cel leczniczy. Wykonanie zabiegu nieterapeutycznego bez ważnej zgody pacjenta będzie wypełniało znamiona występku z art. 192 k.k.

Zdaniem części prawników istnieją sytuacje, w których czynności lecznicza uznawana za pierwotnie legalną może stać się nielegalna. Zdaniem roku Kędziory będzie miało to miejsce w sytuacji, gdy lekarz postąpi niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną, złamie jeden z warunków związanych z ważnym uzyskaniem zgody pacjenta lub też, gdy czynność zostanie podjęta przez osobę do tego nieuprawnioną[315].

[312] Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152 ze zm., t.j. Dz. U. 2024 poz. 1287.
[313] M. Królikowski, R. Zawłocki, *Komentarz do art. 192* [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki, Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Komentarz do art. 117-221, 2023, Legalis el.
[314] Ibidem.
[315] R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznej,* Warszawa 2009, s. 53

Zważywszy na różnice między kształtowaniem się legalności zabiegów terapeutycznych a nieterapeutycznych należy dokonać analizy, kiedy zabieg sterylizacji będzie można przyporządkować do odpowiedniej kategorii. Sterylizację uznaje się za zabieg leczniczy, gdy jej przeprowadzeniu przyświeca cel leczniczy, a pozbawienie płodności jest niejako efektem ubocznym leczenia. Taka sytuacja będzie miała miejsce przy nowotworze macicy lub gdy kolejna ciąża będzie zagrażać życiu lub zdrowiu kobiety.

§ 3. Kontratyp zabiegu medycznego a sterylizacja

Jak zostało już opisane wyżej, czynnością leczniczą nazwać można wszystkie działania zmierzające do leczenia chorego – diagnostykę, terapię oraz profilaktykę. Na płaszczyźnie prawa karnego szczególne znaczenie będą miały zabiegi operacyjne, z uwagi na fakt, że wiążą się z głęboką ingerencją w organizm człowieka, a także ryzykiem uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu, a nawet śmierci. Postulowanymi przez A. Marka warunkami legalności zabiegów leczniczych są:

1) cel leczniczy – działanie jest podejmowane w celu poprawy lub ratowania zdrowia pacjenta, a nie w jakimkolwiek innym celu np. obniżenie agresywności poprzez lobotomię mózgu,
2) przeprowadzenie zabiegu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy lekarskiej,
3) odpowiednie uprawnienia osoby przeprowadzającej zabieg – w większości przypadków wymóg ten będzie oznaczał konieczność wykonania zabiegu przez lekarza; w kontekście prostszych zabiegów będzie możliwe ich wykonanie także przez inne osoby z personelu medycznego,
4) właściwe poinformowanie pacjenta o istocie zabiegu, możliwych powikłaniach, ryzyku oraz dostępnych alternatywnych formach leczenia,
5) zgoda pacjenta na zabieg[316].

Cel leczniczy powinien zakładać poprawę lub zachowanie zdrowia, które są naukowo przewidywalne oraz empirycznie udowadniane i zatwierdzone. Dotyczy to zarówno czynności diagnostycznych, terapii jak i działań profilaktycznych. Czynność terapeutyczna jest więc podejmowana „w kierunku zdrowia”[317]. Szacuje się, że istnieje około 120 definicji zdrowia, bazujących na często odmiennych płaszczyznach. W rzeczywistości społecznej testowane jest

[316] A. Marek, *Prawo karne*, op.cit, s. 181-182.
[317] A. Górski, *Wykonywanie zawodu lekarza…*, op.cit., s. 83.

funkcjonowanie pod względem użyteczności idei dotyczących zdrowia i choroby. Wybór teorii będzie wpływał więc na zakres pojęciowy tego, co nazywamy „zdrowiem" i „chorobą"[318].

Mimo, że pojęcie czynności terapeutycznej jest bardzo istotne dla prawa karnego, to nie istnieje jego definicja legalna, a zakres pojęciowy jest wypracowywany przez doktrynę i orzecznictwo. W ustawie o działalności leczniczej w art. 2 ust. 1 pkt. 10 zdefiniowano natomiast świadczenie zdrowotne jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonania.

Konstytucja RP w art. 68 gwarantuje prawo do ochrony zdrowia oraz równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z tym system ochrony zdrowia powinien gwarantować realizację prawa do ochrony zdrowia każdego człowieka, zaś świadczenia będące jego składnikiem powinny być dostępne dla każdego obywatela na zasadzie równego dostępu. Konstytucja z oczywistych względów nie definiuje „zdrowia".

Hipokrates jako jeden z pierwszych zabrał poglądy dotyczące zdrowia, które definiował w sposób przeciwny do choroby. W swoich rozważaniach uznał, że zdrowie zależy od równowagi między człowiekiem a otoczeniem oraz jest zależne od samopoczucia. Dlatego też uważał za istotne w warunkowaniu zdrowia czynniki biologiczne, społeczne i ekonomiczne[319].

W naukach społecznych, w tym naukach prawnych, postuluje się powszechnie szeroko zarysowane granice pojęcia „zdrowie", rozciągające się zarówno na jego aspekt biomedyczny, jak i psychologiczny. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) postrzega zdrowie jako stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu. A. Górski postuluje, aby w kontekście prawa karnego „zdrowie" interpretować jak najszerzej, lecz czynności lecznicze określane powinny być przez zawężone rozumienie tej definicji – nie wyłącznie pełny dobrostan psychiczny, lecz ujęcie somatyczno-psychiatryczne[320].

Zgodnie z tym, cel leczniczy powinien nie ograniczać się wyłącznie do zdrowia w znaczeniu czysto biologicznym. Powszechnie przyjmuje się, że sterylizacja ma charakter terapeutyczny w przypadku, gdy kolejna ciąża zagraża życiu kobiety albo przy występowaniu

[318] J. Domaradzki*, O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia" 2013, nr 40/1, s. 6-8.
[319] T. Kulik, A. Pacian, *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2014, s. 3.
[320] A. Górski, *O prawie medycznym i pojęciach prewencji medycznej w systemie prawa*, „Forum prawnicze" 2019, nr 5(55), s. 8-9.

nowotworów narządów rozrodczych. Obserwowany aktualnie nacisk na dbałość o zdrowie psychiczne uzasadnia próbę odpowiedzi na pytanie, czy czynniki natury psychicznej i psychologicznej mogą wpływać na medyczne uzasadnienie sterylizacji?

Rozważając zakres zdrowia jako determinanty celu leczniczego warto przeanalizować uzasadnienie stwierdzenia naruszenia praw pacjenta wydane przez Rzecznika Praw Pacjenta[321] w dniu 13 marca 2023 r.[322] Dokument dotyczy działań szpitala, który odmówił wykonania zabiegu aborcji kobiecie, pomimo, że posiadała ona zaświadczenie psychiatryczne o leczeniu się na depresję. Zgodnie z art. 4a ust 1 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży[323] aborcja może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej lub zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego. W ocenie RPP pojęcie zdrowia z art. 4a ust 1 pkt 1 rozciąga się również na zdrowie psychiczne ciężarnej kobiety.

Jak zauważa Rzecznik ochrona zdrowia psychicznego nie została wyróżniona wprost w Konstytucji RP, lecz na poziomie ustawowym stwierdza się, że „zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa”[324]. Zatem wspomnianą przesłankę przerwania ciąży powinno rozumieć się również jako możliwość działania w przypadku zagrożenia zdrowia psychicznego kobiety w ciąży.

Rzecznik Praw Pacjenta stwierdził naruszenie praw pacjentki, której szpital odmówił przeprowadzenia zabiegu aborcji mimo posiadania dwóch zaświadczeń od lekarzy specjalistów z zakresu psychiatrii, zgodnie z którymi „(…) aktualna ciąża stanowi zagrożenie dla zdrowia psychicznego pacjentki, ponieważ u pacjentki narastają reaktywne objawy psychopatologiczne związane przyczynowo z faktem nieprawidłowego rozwoju płodu i jego konsekwencjami; kontynuacja ciąży naraża pacjentkę na ryzyko pogorszenia stanu psychicznego” oraz „(…) stwierdzam, że kontynuowanie ciąży w sytuacji występowania wad płód w istotnym stopniu zagraża zdrowiu pacjentki stwierdzając ryzyko powstania zaburzeń, których skutki mogą rzutować w sposób trwały na dalsze jej życie, zdrowie psychiczne oraz fizyczne”.

[321] Dalej jako RPP.
[322] Dokument wydany przez Rzecznika Praw Pacjenta 12 marca 2023, sygn. RzPP-DPR-WPZ.431.362.2021.PS.
[323] Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży, Dz.U. 199 3 nr 17 poz. 78 ze zm.
[324] Preambuła ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535 ze zm., t.j. Dz. U. 2024 poz. 917.

Zdaniem RPP dolegliwości psychiczne związane z ciążą, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu mieszczą się w ustawowej przesłance zezwalającej na przerwanie ciąży w przypadku zagrożenia dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej (art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy). Przesłanka pozwalająca na przerwanie ciąży w przypadku nieodwracalnego uszkodzenia płodu została uznana za niekonstytucyjną przez Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 22 października 2020, lecz nie wpłynęło to obowiązywanie przepisu zezwalającego na taki zabieg w przypadku zagrożenia życia ciężarnej kobiety[325]

Analogicznie jak w wyżej opisanej sprawie należy zauważyć, że definicja zdrowia również w przypadku sterylizacji powinna rozciągać się na zdrowie psychiczne człowieka. Tak też zabieg będzie miał cel leczniczy, gdy ubezpłodnienie będzie warunkiem ochrony zdrowia psychicznego. Należy jednak w dalszej kolejności rozważyć, jakie zaburzenia zdrowia psychicznego mogą uzasadniać ingerencję medyczną w zdolność płodzenia pacjenta. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni poddając się zabiegowi sterylizacji jako powód często podają chęć poprawy życia seksualnego poprzez wykluczenie strachu przed nieplanowaną ciążą. Jakość życia seksualnego niewątpliwie wpływa na zdrowie fizyczne i psychiczne człowieka, lecz starania o podniesienie komfortu stosunków seksualnych nie wydaje się na tyle istotną przesłanką, aby móc uznać ją za cel leczniczy.

Inaczej sytuacja może kształtować się w przypadku zaburzeń psychicznych związanych ze stanem przed ciążą z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu. Kwestia oceny czy strach przed takim zagrożeniem w wystarczającym stopniu narusza zdrowie psychiczne pacjentki powinna należeć do lekarza psychiatry. Zgodnie z tym, w przypadku, gdy lekarz specjalista stwierdzi, że u danego pacjenta strach przed ciążą z nieuleczalnie chorym płodem (czy też po prostu przed ciążą) jest na tyle dotkliwy, że zagraża zdrowiu psychicznemu to przeprowadzenie sterylizacji powinno być uznane za czynność terapeutyczną.

Strach przed ciążą może również być kwalifikowany jako zaburzenie lękowe. Tzw. tokofobia polega na występowaniu intensywnego lęku przed porodem. Zgodnie z niektórymi

[325] Wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 roku (sygn. akt K 1/20, Dz.U.2021.175) art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy o planowaniu rodziny został uznany za niezgodny z art. 38 w związku z art. 30 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Zgodnie z przywołanym wyrokiem przepis ten stracił moc z dniem 27 stycznia 2021 r.

badaniami wspomniane zaburzenie może dotyczyć nawet 13% kobiet, które nie są w ciąży oraz nawet 10% ciężarnych. Kobiety zmagające się z tym zaburzeniem mogą decydować się na parawanie ciąży oraz całkowite powstrzymanie się od współżycia seksualnego[326].

Tokofobia może dotyczyć również kobiet ciężarnych. Według badań przyczynami występowania takiego zaburzenia mogą być m.in. strach przed porodem, obawy o zdrowie dziecka, lęk przed możliwymi komplikacjami, czy też obawy przed brakiem odpowiedniego wsparcia ze strony personelu medycznego. W celu redukcji lęku mogą pomóc zajęcia przedporodowe oraz edukacja prenatalna oparta na wiedzy położniczej[327]. Oznacza to, że zaburzenie lękowe jakim jest tokofobia może skłaniać pacjentkę do użycia trwałych metod antykoncepcji, lecz nie musi całkowicie wykluczać ciąży. Odpowiednia opieka ze strony lekarzy oraz psychologów mogą być w tej sytuacji znaczną pomocą.

Jak zostało wspomniane wcześniej jednym z warunków legalności przeprowadzania zabiegu jest wykonanie go zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Podstawą prawną do tego jest art. 4 u.z.l., który dodatkowo wymaga, aby lekarz wykonywał swój zawód zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz dokładał do tego należytą staranność. W literaturze wskazuje się, że pojęcie „aktualna wiedza medyczna" nie ogranicza się wyłącznie do teorii naukowych znajdujących oparcie w literaturze medycznej. O zakresie problemów mieszczących się w tym pojęciu decydują także lekarze praktycy będący uczestnikami wspólnoty epistemicznej nauki medycyny. Ich zadaniem jest przede wszystkim rozwijanie świadomości metodologicznej oraz weryfikacja zgłaszanych przez naukę twierdzeń[328].

Jednym z uprawnień pacjenta jest prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy lekarskiej, zgodnie z dyspozycją art. 6 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Częścią tego prawa jest możliwość żądania, aby lekarz udzielający pacjentowi świadczeń zdrowotnych zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie.

Medycyna podlega dynamicznym procesom rozwojowym, dlatego też wiedza jaką powinien kierować się lekarz powinna być „aktualna" w znaczeniu - „nieprzestarzała". Stosowane w medycynie metody leczenia ulegają zmianom, więc też te, które jeszcze niedawno

[326] U. Sioma-Markowska, A. Żur, V. Skrzypulec-Plinta, M. Machura, M. Czajkowska, *Causes and frequency of tacophobia – own experiences*, „Ginekologia Polska" 2017, nr 5, s. 239-240.
[327] Ibidem.
[328] T. Widłak, *Interpretacja klauzuli „Aktualna wiedza medyczna" w polskim prawie – zarys zagadnień epistemologicznych i metodologicznych*, „Gdańskie Studia Prawnicze" 2017, t. 28, s. 613.

były uznawane za skuteczne, w kontekście nowych odkryć naukowych mogą być postrzegane już za mniej efektywne albo całkowicie nieskuteczne. Dlatego lekarz powinien nieustannie uzupełniać swoją wiedzę, śledzić postępy nauki oraz techniki medycznej. Jest to konieczne, aby nie utracić umiejętności zawodowych[329].

Z uwagi na fakt, że stałe śledzenie nowinek medycznych nie jest łatwym zadaniem zaleca się wyspecjalizowanym podmiotom tworzenie standardów medycznych opartych na aktualnym stanie wiedzy i dowodach naukowych. Standardy medyczne są to wskazówki, schematy, ścieżki oraz algorytmy postępowania w danej specjalności medycznej. Obejmują one metody diagnostyczne, metody lecznicze, metody zapobiegawcze oraz metody kontroli procesu leczenia[330].

Niezastosowanie się do standardu co do zasady wiąże się z naruszeniem zasad działania z należytą ostrożnością. Należy jednak pamiętać, że w zależności od konkretnego przypadku odejście od standardowej procedury może być uznane za przejaw realizacji zaostrzonej reguły należytej staranności, a tym samym służyć jako dowód zastosowania się do aktualnej wiedzy medycznej. Standardy medyczne są bowiem pokłosiem nauki i aktualnego stanu wiedzy medycznej i w przypadkach rutynowych lekarz powinien posługiwać się wyłącznie metodami o zweryfikowanej przydatności. Natomiast zasada wykonywania zawodu z należytą starannością jest ściśle skorelowana z obowiązkiem działania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i niekiedy (w przypadkach nietypowych) może oznaczać konieczność odstąpienia od przyjętych standardów[331].

W odniesieniu do lekarza powinno sięgać się do wzorca, jakim jest tzw. dobry fachowiec. Pewien przyjęty poziom fachowości wyznacza kryteria, poniżej których postępowanie lekarza może być ocenione negatywnie. Oznacza to, że od lekarzy wymaga się staranności wyższej niż przeciętna, z uwagi na przedmiot ich zabiegów jakim jest ciało człowieka, bowiem skutki wadliwego działania często mogą mieć nieodwracalny charakter[332].

Warunkiem legalności zabiegu jest jego wykonanie zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy lekarskiej. Należy rozważyć czy ocena tych kryteriów powinna mieć charakter *ex ante* (stan na chwilę wykonywania zabiegu) czy też *ex post* (stan wiedzy z chwili dokonywania

[329] E. Zielińska, B. Namysłowska-Gabrysiak, *Komentarz do art. 4* [w:] E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2022, s. 92-93.
[330] Ibidem, s. 92-93.
[331] M. Kopeć, *Komentarz do art. 4* [w:] M. Kopeć (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2016, s. 43-44.
[332] Ibidem, s. 44.

oceny zachowania sprawcy). Dokonywanie oceny *ex post* wiąże się z wzięciem pod uwagę kwestii, które wprawdzie mogą być istotne dla danego przypadku, lecz wiedza o nich była niedostępna dla lekarza w chwili przeprowadzania zabiegu. Bardziej sprawiedliwe wydaje się dokonywanie oceny *ex ante*. Ocena *ex post* wiązałaby się bowiem z możliwością przerzucenia na sprawcę konsekwencji postępu medycznego, który zmienia ocenę zachowania, traktując je jako niezgodne z zasadami wiedzy lekarskiej. Wiąże się z tym zakaz wykonywania zabiegu medycznego w ramach reguł i metod odrzuconych w nauce. Jednocześnie należy odróżnić od tego przypadku niezachowanie odpowiednich zasad ostrożności – takie zachowanie może prowadzić do pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności karnej za przestępstwo nieumyślne zgodnie z dyspozycją art. 9 § 2 k.k.[333].

W kontekście sterylizacji działanie zgodne z aktualną wiedzą medyczną powinno odnosić się chociażby do wyboru metody zgodnej z najnowszymi standardami. Rozwój medycyny umożliwia przeprowadzenie tego zabiegu w coraz mniej inwazyjny sposób – szczególnie w odniesieniu do wazektomii. Wybór metody powinien być każdorazowo dopasowany do konkretnego pacjenta, ponieważ jego indywidualne cechy mogą skutkować odrzuceniem jednej i koniecznością wyboru innej metody[334]. Prócz metody wykonania zabiegu także metoda znieczulenia powinna być zgodna z aktualnymi procedurami.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 u.z.l. wykonywać zawód lekarza może wyłącznie osoba posiadająca wymagane kwalifikacje. Dokumenty potwierdzające posiadane przez lekarza kwalifikacje są wymienione w art. 5 u.z.l. i są to:

a) dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarskim wydany przez polską szkołę wyższą, potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenie co najmniej sześcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim,
b) dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarskim wydany przez polską szkołę wyższą, potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenie jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim rozpoczętych przed dniem 1 października 2012 r.,

[333] J. Lachowski, *Inne kontratypy* [w:] L. Paprzycki, System Prawa Karnego. Tom 4. Nauka o przestępstwie. Wyłączenie i ograniczenie odpowiedzialności Karnej, Warszawa 2016, s. 506-507, tak też: K. Buchała, *Prawo karne*, Warszawa 1989, s. 287.
[334] Dostępne metody sterylizacji zostały opisane szerzej w rozdziale 2. niniejszej pracy.

c) dokument potwierdzający formalne kwalifikacje lekarza, spełniające minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej, wydany przez inne niż Rzeczpospolita Polska państwo członkowskie Unii Europejskiej,
d) dyplom lekarza wydany przez inne państwo niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, pod warunkiem, że dyplom został uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny zgodnie z przepisami o szkolnictwie wyższym i nauce oraz że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej,
e) dyplom lekarza wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej i świadectwo złożenia Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego,
f) dokument potwierdzający formalne kwalifikacje lekarza, spełniające minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej wraz z towarzyszącym mu odpowiednim świadectwem, jeżeli dokumenty te zostały wydane w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej przed dniem 1 stycznia 2021 roku i przed dniem 1 stycznia 2021 r.

Uzyskanie odpowiedniego dyplomu ukończenia studiów nie jest jeszcze równoznaczne z prawem wykonywania zawodu lekarza. Absolwent wskazanych studiów medycznych powinien spełnić również pozostałe warunki wskazane w art. 5 u.z.l. Zgodnie z art. 5 ust. 1 pkt 3, 4 i 5 prawo wykonywania zawodu lekarza okręgowa rada lekarska przyznaje osobie posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych, posiadającej stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza oraz wykazującej nienaganną postawę etyczną.

Ponadto wymagane jest, aby lekarz władał językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania tego zawodu. Zakres znajomości języka polskiego oraz sposób i tryb przeprowadzania egzaminu znajomości języka dla cudzoziemców, w tym wysokość opłaty za egzamin oraz wzór zaświadczenia określa minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej.

Po ukończeniu studiów lekarskich absolwenci mogą ubiegać się o prawo wykonywania zawodu lekarza na czas stażu, którego ukończenie jest konieczne, aby uzyskać prawo wykonywania zawodu na stałe. Staż kończy się Lekarskim Egzaminem Państwowym. Dopiero po pozytywnym wyniku egzaminu lekarz stażysta może wnioskować do Naczelnej Rady Lekarskiej o przyznanie prawa wykonywania zawodu. Kolejny etap kształcenia wiąże się ze

zdobyciem specjalizacji. Lekarz może wybrać spośród aż 40 konkretnych profesji, gdzie czas nauki w zależności od tego wyboru trwa od 2 do 6 lat[335].

Istotne jest także miejsce przeprowadzenia zabiegu. Lekarz może przeprowadzić zabieg operacyjny w zarejestrowanym zakładzie leczniczym. Wyjątkowo może odbyć się to w innym miejscu, lecz wyłącznie, jeżeli dotyczy prostych zabiegów oraz takich wypadków, w których brak natychmiastowego wykonania zabiegu spowoduje zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta[336].

Obowiązek udzielenia pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych, leczenia, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania leczenia, wynikach leczenia oraz rokowaniu korowaniu został uregulowany w art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Obowiązek udzielenia pacjentowi informacji nie posiada wyłącznie charakteru prawnego, lecz także etyczny – zgodnie z art. 13 ust 1. Kodeksu Etyki Lekarskiej „obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia”[337].

Decyzja o zakresie otrzymywanych informacji należy do pacjenta. Zatem pacjent może wymagać od lekarza, aby ten nie przekazywał mu szczegółowych informacji o stanie swojego zdrowia czy niektórych aspektach planowanych zabiegów. Przepis art. 31 ust. 3 u.z.l. należy odczytywać w zgodnie z art. 9 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którym „pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji”. Jednocześnie ustawa dopuszcza udzielenie informacji pacjentowi z inicjatywy lekarza, co jest nazywane przywilejem terapeutycznym. Lekarz może skorzystać z tej możliwości, gdy łącznie zostaną spełnione dwie przesłanki: sytuacja ma charakter wyjątkowy, a rokowanie jest niepomyślne oraz jeżeli w ocenie lekarza przemawia z za tym dobro pacjenta[338].

Osobami uprawnionymi do skorzystania z prawa do udzielenia informacji medycznych są:

---

[335] W. Chentkiewicz, *Jak zostać lekarzem?* https://praca.money.pl/kariera/rekrutacja/jak-zostac-lekarzem-6275555722864769a.html [dostęp: 12.05.2023].
[336] A. Marek, *Prawo karne*, op.cit, s. 182.
[337] M. Malczewska, *Komentarz do art. 31* [w:] E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2022, s. 787.
[338] M. Malczewska, *Komentarz do art. 31*, op.cit. s.788-789.

1) pacjent, który ukończył 16 rok życia lub jego przedstawiciel ustawowy,
2) inne osoby, gdy zgodę wyrazi na to pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy,
3) osoba bliska, w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. tj. małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta – wyłącznie, gdy pacjent nie ukończył 16 roku życia lub jest nieprzytomny lub jest niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji,
4) pacjent, który nie ukończył 16 roku życia – wyłącznie „w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego”[339].

Niezwykle istotne jest, aby informacje przekazane przez lekarza były zrozumiałe dla pacjenta. Wyłącznie wtedy będzie on miał możliwość rzeczywistego udziału w procesie leczenia. Pacjent, który właściwie rozezna się w przekazywanych mu informacjach o jego stanie zdrowia i proponowanym leczeniu może współdziałać z personelem medycznym oraz realnie współdecydować w procesie leczenia. Lekarz powinien każdorazowo dostosować informację do konkretnego pacjenta. Powinien pamiętać przy tym, że pacjenci mają różne zdolności intelektualne oraz percepcyjne. Dodatkowo należy pamiętać, że treść informacji może zostać zniekształcona przez ładunek emocjonalny towarzyszący np. stanom nagłym[340]. Dopiero właściwe udzielenie informacji daje możliwość podjęcia świadomej zgody na zabieg.

Jak słusznie zauważył Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 15 listopada 2012 roku „Wina funkcjonariusza ma bowiem miejsce także wówczas, gdy proces decyzyjny pacjenta poprzedzający wyrażenie przez niego zgody na zabieg został zakłócony poprzez zaniechanie przedstawienia ewentualnych komplikacji zabiegu skutkujących negatywnie dla życia lub zdrowia. Sama zaś aprobata pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w rozumieniu wyżej wskazanych przepisów ustawy z 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentysty[341]”.

[339] Ł. Caban, *Komentarz do art. 31* [w:] M. Kopeć (red.) *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 667.
[340] Ł. Caban, …, s. 670.
[341] Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 15 listopada 2021 roku sygn. akt I ACa 596/12, tak też: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 roku sygn. akt III CSK 227/11, LEX nr 1211885; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 marca 2005 r., sygn. akt I ACa 78/04, PiM 2007/2/138.

W kontekście zabiegu sterylizacji lekarz powinien wytłumaczyć pacjentowi istotę zabiegu, możliwe powikłania oraz skutki niepożądane. W przypadku sterylizacji kobiet lekarz powinien dołożyć odpowiedniej staranności do wyjaśnienia metody, którą zabieg będzie wykonany. Wybór metody dostępu do jajowodów może być warunkowany budową narządów rozrodczych, a wybór metody oraz jego uzasadnienie jest o tyle istotne, że w zależności od niego różnie kształtuje się ryzyko powikłań. Pacjentka powinna zostać poinformowana również o ryzyku jakie niesie ze sobą znieczulenie ogólne, bowiem znaczna część powikłań po sterylizacji nie jest związana właśnie z tym elementem zabiegu, a jego stroną anestezjologiczną. Ponadto nie każda metoda jest skuteczna od razu po przeprowadzeniu zabiegu – np. przy metodzie histeroskopowej zaleca się stosowanie innych środków do 3 miesięcy po zabiegu.

Również w przypadku wazektomii (sterylizacji męskiej) efekt bezpłodności nie jest natychmiastowy. Lekarze zalecają ostrożność przy pierwszych zbliżeniach po wykonaniu zabiegu, bowiem bezpośrednio po wykonaniu zabiegu obserwuje się nieznaczną ilość plemników w spermie, co może prowadzić do zapłodnienia. Zaleca się wykonanie morfologii nasienia po 60 oraz po 90 dniach po zabiegu. Niekiedy zaleca się pacjentom także oddanie nasienia do banku nasienia – przy zastosowaniu tej praktyki nie jest konieczne inwazyjne pobranie plemników z jąder do procedury zapłodnienia *in vitro*[342].

Dodatkowo wydaje się istotne, aby przedstawić pacjentowi jak kształtuje się później możliwość przeprowadzenia zabiegu odwracającego skutki ubezpłodnienia, w tym jak zmienia się jego skuteczność w zależności od czasu, który upłynął od przeprowadzenia sterylizacji.

Przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego pacjent powinien wyrazić na nie zgodę. Ten akt woli powinien obejmować ściśle określone czynności medyczne, co oznacza, że zasadniczo zgoda powinna dotyczyć poszczególnych etapów leczenia: metody diagnostycznej, sposobu terapii oraz postępowania po zakończeniu leczenia. Konieczne jest, aby zgoda pacjenta miała charakter świadomy tj. powinno ją poprzedzić wyczerpujące udzielanie informacji przez lekarza w sposób zrozumiały dla pacjenta – zgodnie z dyspozycjami art. 31 u.z.l.[343].

Zgoda uprawnionej osoby na badanie lub inne świadczenie zdrowotne, co do zasady może być wyrażona werbalnie albo nawet w sposób dorozumiany – zachowaniem, które nie budząc wątpliwości wskazuje na chęć poddania się proponowanym czynnościom medycznym.

---

[342] E. Siwik, *Pytania i odpowiedzi dotyczące wazektomii część I,* https://wazektomiablog.com/pytania-i-odpowiedzi-dotyczace-wazektomii-czesc-i/#czy-skutecznosc-wazektomi-jest-natychmiastowa [dostęp: 8.05.2023].

[343] M. Malczewska, *Komentarz do art. 34*, op.cit. s. 828.

Sytuacja kształtuje się inaczej w stosunku do zabiegów operacyjnych albo zastosowania metod leczenia lub diagnostyki o „podwyższonym ryzyku". W tych przypadkach z uwagi na ich większą ingerencję w ciało pacjenta oraz niebezpieczeństwo dla zdrowia wymagana jest zgoda pisemna[344].

Co istotne z punktu widzenia procesowego brak zgody wyrażonej na piśmie nie oznacza jeszcze, że lekarz działa bezprawnie. Wymóg uzyskania zgody pisemnej nie dotyczy bowiem jej ważności. Zgodnie z art. 74 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny[345] zastrzeżenie zgody pisemnej bez rygoru nieważności, wiążę się z brakiem możliwości dopuszczenia dowodów z zeznań świadków oraz z dowodów przesłuchań stron na fakt dokonania czynności. Przywołany przepis nie ma zastosowania, gdy zachowanie pisemnej formy jest zastrzeżone wyłącznie dla wywołania określonych skutków czynności prawnej. Wyjątek od tej zasady jest przewidziany w art. 74 § 2 zgodnie z którym dopuszczenie dowodu z zeznań świadków lub z przesłuchania stron jest możliwe, jeżeli obie strony wyrażą na to zgodę, jeżeli żąda tego konsument w sporze z przedsiębiorcą albo fakt dokonania czynności prawnej jest uprawdopodobniony za pomocą dokumentu[346]. Ciężar dowodu co do udzielenia zgody w formie pisemnej, czy też zgody w formie ustnej, będących okolicznościami wyłączającymi bezprawność działania spoczywa na lekarzu[347].

Zgodę na zabieg operacyjny lub świadczenia zdrowotnego o podwyższonym ryzyku może wyrazić samodzielnie pacjent, który ukończył 18. rok życia, ponieważ dopiero po przekroczeniu tej granicy wiekowej posiada on pełną zdolność do czynności prawnych i tym samym jest zdolny do wyrażenia zgody w sposób świadomy. W przypadku gdy pacjent jest osobą małoletnią, poniżej 16. roku życia lub też osobą całkowicie ubezwłasnowolnioną przed przeprowadzeniem poważnego zabiegu lub wykorzystania poważnej metody diagnostycznej konieczne jest uzyskanie zgody zastępczej, której może udzielić przedstawiciel ustawowy pacjenta. Także w sytuacji częściowego ubezwłasnowolnienia to przedstawiciel ustawowy jest jedynym uprawnionym do udzielania zgody. W sytuacji, gdy małoletni lub ubezwłasnowolniony nie ma przedstawiciela ustawowego lub kontakt z nim jest uniemożliwiony, możliwe jest przeprowadzenie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie

[344] Ibidem.
[345] Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny, Dz.U. 1964 nr 16 poz. 9, t.j. Dz. U. 2024 poz. 1061, 1237 dalej cytowana jako „Kodeks cywilny" lub „k.c.'.
[346] Ł. Caban, M. Urbańska, *Komentarz do art. 34*, op.cit., s.685.
[347] Tak np. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2024 r., sygn. akt II CK 303/04.

zmasowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających poważne ryzyko po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego – zgodnie z art. 34 ust. 3 u.z.l.[348].

Nieco odmiennie kształtuje się sytuacja, w przypadku, gdy pacjent ukończył 16 lat. Ustawodawca uznał, że po osiągnięciu tego wieku pacjent jest na tyle dojrzały oraz może rozeznać swoje dobro w takim stopniu, że prócz zgody przedstawiciela ustawowego wymagana jest również jego zgoda. Gdy taki pacjent sprzeciwi się czynnościom medycznym, oprócz zgody jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Analogiczna sytuacja ma miejsce w przypadku, gdy to przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie wyraża zgody na czynności medyczne.

Art. 35 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty reguluje sytuację, w której lekarz dysponuje zgodą pacjenta na zabieg, lecz zgoda ta nie obejmuje czynności nieprzewidzianych przez lekarza uprzednio, przed przystąpieniem do wykonywania czynności medycznej, a niewykonanie których groziłoby utratą przez pacjenta życia lub zdrowia. Zgodnie z przywołanym przepisem lekarz ma możliwość podjęcia działań mimo braku zgody wyłącznie w sytuacji, gdy wystąpią łącznie przesłanki takie jak:

1) w trakcie wykonywania czynności medycznej przez lekarza wystąpiły okoliczności nieprzewidziane wcześniej,
2) wystąpienie wspomnianych okoliczności wiąże się z koniecznością podjęcia określonych działań przez lekarza,
3) lekarz nie ma wiedzy, czy pacjent zgadza się na podjęcie takich działań,
4) niepodjęcie działania przez lekarza wiąże się z niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszczerbkiem ciała lub rozstrojem zdrowia w stopniu ciężkim,
5) nie ma możliwości uzyskania niezwłocznej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego[349].

Rozszerzenie pola operacyjnego, zwane także wyjątkiem terapeutycznym może mieć różnorodne przyczyny. Konieczność wystąpienia takich działań może być efektem błędnej diagnostyki lub sytuacji, w której już w trakcie zabiegu ujawniają się nowe okoliczności, niemożliwe do przewidzenia przed jego rozpoczęciem[350]. Za rozszerzenie pola uznaje się: zmianę przedmiotu zabiegu (np. zmianę narządu, na którym wykonywany jest zabieg), zmianę

[348] M. Malczewska, *Komentarz do art. 34*, op.cit. s. 842.
[349] Ł. Caban, M. Urbańska, *Komentarz do art. 35*, op.cit., s.688-689.
[350] R. Kubiak, *Broadening the operative field: the extent of surgery beyond the patient`s informed consent (the so-called therapeutic exception)*. Anaesthesiol Intensive Ther 2018, vol. 50, no 4, 311–318, doi: 10.5603/AIT.2018.0038.

granic zabiegu (np. amputacja nogi, gdy pacjent wyraził zgodę na amputację palca) lub zmianę metody zabiegu[351].

Przed rozszerzeniem pola operacyjnego, jeżeli jest to możliwe, lekarz ma obowiązek zasięgnięcia opinii drugiego lekarza. Podstawą prawną tego obowiązku jest art. 34 ust 7 u.z.l. Takie rozwiązanie jest uzasadnione próbą eliminacji potencjalnych nadużyć oraz ochroną praw pacjenta. Opisywany obowiązek nie ma charakteru bezwzględnego – dynamika sytuacji może powodować, że jego realizacja byłaby trudna i powodować dodatkowe niebezpieczeństwo dla pacjenta. W przypadku wystąpienia przesłanek rozszerzenia pola operacyjnego lekarz powinien więc w pierwszej kolejności zasięgnąć opinii lekarza, będącego specjalistą w tej samej dziedzinie, gdy jest to niemożliwe kolejnym krokiem jest zwrócenie się do innego lekarza dowolnej specjalizacji (ewentualnie lekarza, nieposiadającego jeszcze tytułu specjalisty). Dopiero przy braku możliwości realizacji tych warunków lekarz jest zwolniony obowiązku konsultacyjnego[352].

Zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego powinna mieć charakter konkretny. Odnosi się ona bowiem do określonego działania lekarza, będąc zezwoleniem na wykonanie określonej czynności medycznej. Zgoda określa zatem warunki ingerencji w sferę dóbr osobistych pacjenta, stanowiąc jednocześnie podstawę legalnego działania lekarza. Warunek uzyskania zgody chroni pacjenta przed podejmowaniem przez lekarza działań będących wynikiem jego samowoli, bowiem przekonanie lekarza o słuszności podejmowanych działań nie zawsze będzie zgodne z wolą pacjenta[353]. Jak zauważył Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w sprawie dotyczącej braku zgody pacjenta na transfuzję krwi z uwagi na jego wolność sumienia i wyznania „(…) prawo do decydowania o sobie samym nie ma charakteru absolutnego i podlega ograniczeniom, ale tylko wtedy, gdy przemawia za tym inna norma, zasada lub wartość konstytucyjna, a stopień tego ograniczenia pozostaje w odpowiedniej proporcji do rangi interesu, któremu ograniczenie ma służyć. W prawie karnym leczenie bez zgody stanowi samoistny, odrębny typ przestępstwa (art. 192 § 1 k.k.). Brak zgody poprzedzonej informacją, znosi legalność przeprowadzonej czynności medycznej”[354].

[351] M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1977, s. 86.
[352] R. Kubiak, *Broadening the operative field…,* op.cit., s. 325.
[353] W. Lis, *Zgoda pacjenta na czynność medyczną w polskim porządku prawnym*, Zeszyty Naukowe KUL 2018, nr 3 (243), s. 40.
[354] Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 2 lipca 2020 r., sygn. akt VII SA/Wa 692/20.

Kwestia zgody na zabieg sterylizacji została kilkukrotnie poruszona w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu (ETPCz). W dniu 8 listopada 2011 roku zapadł wyrok w sprawie V.C. v. Słowacja[355]. Sprawa dotyczyła wykonania zabiegu sterylizacji po urodzeniu drugiego dziecka, po zakończeniu porodu przy pomocy cesarskiego cięcia. Lekarze przeprowadzili zabieg ubezpłodnienia uznając to za konieczne, z uwagi na podejrzenie, że ewentualna trzecia ciąża stanowiłaby zagrożenie dla zdrowia kobiety oraz jej dziecka (zagrożenie pęknięcia macicy). Trybunał zauważył, że sterylizacja zasadniczo nie jest uważana za zabieg ratujący życie. W niniejszej sprawie zagrożenie życia nie miało formy nagłej, a raczej przyszłą i hipotetyczną. Pacjentka wprawdzie podpisała zgodę na wykonanie zabiegu, lecz miało to miejsce już podczas akcji porodowej, gdy kobieta znajdowała się w pozycji leżącej, a podpisana formuła z karty porodu brzmiała lakonicznie „pacjentka wnosi o sterylizację". Można więc uznać taki zabieg za zbędny – takim mianem nazywa się zabiegi cechujące się medyczną niewytłumaczalnością z uwagi na brak potrzeby zdrowotnej u pacjenta w danym stanie klinicznym, co może mieć postać leczenia schorzenia innego niż istniejące, leczenia niewspółmiernie agresywnego czy też wykonania leczenia u pacjenta zupełnie zdrowego[356]. W opisywanym przypadku z uwagi na brak sytuacji nagłego zagrożenia życia lub zdrowia pacjentki można uznać sterylizację za zabieg zbędny jako leczenie niewspółmiernie agresywne.

W opisywanej sprawie Trybunał uznał, że „takie podejście jest niezgodne z zasadami poszanowania godności ludzkiej i wolności człowieka chronionymi w Konwencji oraz z wymogiem uzyskania świadomej zgody, który został ustanowiony w międzynarodowych dokumentach wskazanych powyżej. W szczególności z przedstawionej dokumentacji nie wynika, by skarżąca została w pełni poinformowana o swym stanie zdrowia, proponowanym zabiegu oraz istniejących alternatywach. Co więcej, poproszenie skarżącej o zgodę na taką interwencję medyczną w chwili trwania akcji porodowej i na krótko przed wykonaniem cesarskiego cięcia w sposób oczywisty nie pozwoliło jej na podjęcie decyzji z własnej woli, po rozważeniu wszystkich istotnych argumentów oraz - czego skarżąca mogła sobie życzyć - po przemyśleniu skutków takiej decyzji i omówieniu tej sprawy ze swym partnerem[357]". ETPCz uznał, że w opisywanej sytuacji został naruszony art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka

[355] Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 8 listopada 2011 r., 18968/07, V.C. v. SŁOWACJA, LEX nr 1001108.
[356] M. Boratyńska, *Zabieg leczniczy (oczywiście) zbędny*, PiM 2014, nr 2, s. 91-116.
[357] Przetłumaczono z angielskiej wersji językowej orzeczenia opublikowanego na oficjalnych stronach Europejskiego Trybunału Praw Człowieka http://www.echr.coe.int. Za tłumaczenie na język polski odpowiedzialność ponosi Redakcja Publikacji Elektronicznych Wolters Kluwer Polska.

i podstawowych wolności[358] zakazujący tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania.

Ponadto Trybunał stwierdził naruszenia art. 8 Konwencji stanowiącego prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Zdaniem ETPCz skarżąca nie została zaangażowana w proces decyzyjny w należytym stopniu, zapewniającym ochronę jej interesów. Zabieg sterylizacji wpłynął na stan zdrowia reprodukcyjnego kobiety, negatywnie odbijając się także na różnych aspektach jej życia prywatnego i rodzinnego. Z uwagi na fakt, że skarżąca była kobietą pochodzenia romskiego Trybunał zauważył w niniejszej sprawie także negatywny stosunek do wysokiego przyrostu naturalnego Romów w danym państwie, bowiem w rubryce „Warunki socjalne i warunki pracy, zwłaszcza w ciąży" w karcie historii choroby wpisano „pacjentka pochodzenia romskiego"[359].

Z opisywanego orzeczenia wynika zatem, że zgoda na zabieg powinna być świadoma, poprzedzona odpowiednim poinformowaniem dającym szansę na realne podjęcie decyzji przez pacjentkę. Uznano, że w opisywanym przypadku kobieta nie mogła wyrazić świadomej zgody z uwagi na niedogodności wynikające z rozpoczętej akcji porodowej. Wpływ na świadomość zgody z jednej strony będzie miało odpowiednie udzielenie informacji przez lekarza, a z drugiej sytuacja, warunki i okoliczności, w których jest udzielana. Dodatkowo Trybunał nie dokonał oceny, czy kolejna ciąża byłaby zagrożeniem dla zdrowia pacjentki, lecz zauważył, że to zagrożenie ma charakter przyszły – nie miała miejsce sytuacja nagła zmuszająca lekarza do natychmiastowego przeprowadzania zabiegu[360].

W innej sprawie Trybunał odniósł się do rozszerzenia pola operacyjnego przy przeprowadzaniu procedury cesarskiego cięcia o wykonanie zabiegu sterylizacji. Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 20 września 2022 roku w sprawie Y.P. v. Rosja[361] dotyczył sytuacji, w której poród w szpitalu publicznym odbył się za pomocą cesarskiego cięcia. Podczas procedury lekarze stwierdziwszy u kobiety pęknięcie macicy, zadecydowali o jej zszyciu i wysterylizowaniu kobiety. Trybunał słusznie zauważył, że

[358] Konwencja o ochronie prawi człowieka i podstawowych wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., Dz.U. 1993 nr 61 poz 284 ze zm.

[359] Zdaniem K. Sękowskiej-Kozłowskiej w częściowo krytycznej glosie to tego wyroku Trybunał dostrzegł podłoże dyskryminacyjne, lecz nie poświęcił mu należytej uwagi. Jak zauważa za sędzią L. Mijovićem sprawa została zredukowana do poziomu indywidualnego, nie rozważając szerzej słowackiego prawa dotyczącego regulacji sterylizacji kobiet pochodzenia romskiego.

[360] Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 8 listopada 2011 r., 18968/07, V.C. v. SŁOWACJA, LEX nr 1001108.

[361] Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 20 września 2022 roku 43399/13, Y.P. v. ROSJA, LEX nr 3405393.

zagrożenie zdrowia kobiety, związane z kolejną ciążą nie miało charakteru nagłego. Uznano zszycie macicy za niezbędny element zabiegu chirurgicznego, natomiast sterylizację za niedozwolone rozszerzenie pola operacyjnego. Tym samym zachowanie lekarzy naruszało art. 8 Konwencji i godziło w ochronę życia rodzinnego skarżącej wskutek braku wolnej, wyraźnej i świadomej zgody na sterylizację.

Odnośnie zgody na sterylizację antykoncepcyjną (nieterapeutyczną) warto zauważyć, że ustawodawstwo niektórych państw wymaga, aby od udzielenia zgody do przeprowadzenia zabiegu upłynął określony czas. Przykładowo w Czechach dobrowolnej sterylizacji może poddać się osoba, która ukończyła 21 rok życia pod warunkiem wyrażenia pisemnej zgody, a sam zabieg nie może być wykonany wcześniej niż po upływie 14 dni od jej wyrażenia[362]. W Słowacji minimalny wiek, w którym pacjent może poddać się takiemu zabiegowi to 18 lat, zaś od zgody na zabieg do jego przeprowadzenia powinno minąć minimum 30 dni[363].

Uzasadnienie legalności sterylizacji terapeutycznej zależy od przyjętej koncepcji legalności zabiegów leczniczych. Przy założeniu, że zabiegi lecznicze są pierwotnie legalne nie jest wymagane stosowanie wyżej opisanej konstrukcji kontratypu czynności medycznej. Natomiast przy założeniu, że czynności lecznicze są pierwotnie nielegalne wystąpienie okoliczności takich jak cel leczniczy, postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą lekarską, odpowiednie kwalifikacje osoby przeprowadzającej zabieg, właściwe poinformowanie o istocie zabiegu oraz ważna zgoda pacjenta nadają mu status wtórnej legalności. Należy zaznaczyć, że bez względu na przyjętą koncepcję status prawny zabiegu sterylizacji terapeutycznej nie budzi wątpliwości – powszechnie uznaje się ją za zabieg legalny.

Kontrowersje wzbudza zabieg sterylizacji, której brak jest pierwszego z elementów opisanego kontratypu zabiegu medycznego tj. celu leczniczego. Taka dobrowolna sterylizacja staje się istotnym tematem rozważań prawników w obliczu braku konkretnych regulacji prawnych oraz chęci stosowania jej jako metody antykoncepcyjnej.

Zdaniem M. Filara lekarskie czynności nieterapeutyczne można podzielić na trzy zasadnicze grupy:

---

[362] *Sterilizace*, https://www.antikoncepce.cz/sterilizace [dostęp: 28.11.2022]; § 14 i 15 Zákon o specifických zdravotních službách, č. 373/2011 Sb. (Ustawa o szczególnych usługach zdrowotnych, Dz. U. Republiki Czeskiej nr 373 z 2011 r.). č. 373/2011 Sb.

[363] M. Žureková, *Definitívna ochrana pred otehotnením. Čo treba vedieť o ženskej sterilizácii?*, https://zena.sme.sk/c/20524192/definitivna-ochrana-pred-otehotnenim-co-treba-vediet-o-zenskej-sterilizacii.html [dostęp: 28.11.2022].

1) czynności, które są uregulowane i prawo na nie zezwala,
2) czynności, które są wyraźnie przez prawo zabronione,
3) czynności, w stosunku do których brak jest szczegółowych regulacji, lecz da się uzasadnić ich stosowanie przy użyciu konstrukcji kontratypu uzyskanej w drodze ogólnosystemowej wykładni prawa[364].

Odnosząc się do podziału zaproponowanego przez M. Filara sterylizację antykoncepcyjną należy zaliczyć do trzeciej kategorii. W obliczu braku przepisu odnoszącego się bezpośrednio do tego typu zabiegu oraz zakazu pozbawienia człowieka zdolności płodzenia z art. 156 § 1 pkt 1 k.k. słuszna wydaje się próba nadania mu wtórnej legalności przy zastosowaniu konstrukcji kontratypu. Zatem taki zabieg będzie mógł być uznany za legalny, gdy wystąpią jednocześnie przesłanki takie jak:

1) przeprowadzenie zabiegu zgodnie ze wskazaniami wiedzy lekarskiej,
2) odpowiednie uprawnienia osoby przeprowadzającej zabieg,
3) właściwe poinformowanie pacjenta o istocie zabiegu, możliwych powikłaniach, ryzyku oraz dostępnych alternatywnych formach antykoncepcyjnych,
4) zgoda pacjenta na zabieg.

Legalizacja antykoncepcji nastąpi poprzez zastosowanie konstrukcji kontratypu pozakodeksowego, konstruowanego na podstawie ogólnosystemowej wykładni prawa. Podobne stanowisko prezentuje M. Boratyńska i E. Zielińska, które znajdują ustawowe „zakotwiczenie" tego kontratypu zarówno w ustawie o działalności leczniczej, jak i w ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży. Pierwszy z wymienionych aktów prawnych definiując świadczenie zdrowotne dopuszcza „inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania", co dotyczy również świadczeń niemających charakteru terapeutycznego. W tym kontekście Autorki odnoszą się do tekstu ustawy o planowaniu rodziny, w którym chronione jest prawo do decydowania o posiadaniu dzieci - art 2 ust. 2 ustawy tworzy po stronie organów państwa oraz samorządu obowiązek zapewnienia swobodnego dostępu do metod i środków antykoncepcyjnych[365].

Ponadto jak zauważają M. Boratyńska i E. Zielińska art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nakłada na lekarza obowiązek wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami

[364] M. Filar, *Odpowiedzialność karna związana z nieterapeutycznymi czynnościami lekarskimi*, PiM 2000/1(5), s. 63.
[365] M. Boratyńska, E. Zielińska, op.cit., s. 205-208.

aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznania, leczenia chorób i zasadami etyki oraz należytą starannością. Natomiast Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 38 ust. 2 nakłada na lekarza obowiązek udzielania zgodnych z wiedzą medyczną informacji dotyczących metod regulacji poczęć, uwzględniając ich skuteczność, mechanizm działania oraz ryzyko. W tym kontekście nieprzekazanie informacji o metodzie antykoncepcyjnej jaką jest sterylizacja, w sytuacji, gdy z punktu widzenia dobra pacjenta jest to dla niego istotne może zostać uznane za niezgodne z etyką zawodu.

Do podobnego rezultatu, lecz przy zastosowaniu odmiennej argumentacji dochodzi S. Mana-Walasek. Zdaniem tej Autorki przeprowadzenie zabiegu sterylizacji antykoncepcyjnej zyskuje status legalności przy zastosowaniu kontratypu pozaustawowego jakim jest działanie w ramach uprawnień przysługujących jednostce. Zaproponowany kontratyp wymaga, aby wystąpiły jednocześnie przesłanki takie jak: istnienie określonej kompetencji, wystąpienie przesłanki jej zastopowania oraz wystąpienie trybu realizacji obowiązku lub uprawnienia. Zatem zdaniem S. Many-Walasek przedstawione kryteria spełnione są, gdy zabieg wykonuje lekarz, działając *lege artis* na podstawie zgody (upoważnienia) udzielonej przez pacjenta[366].

Mimo, że w niniejszej pracy kwestionowane jest używanie konstrukcji kontratypów pozaustawowych, to wnioski S. Many-Walasek pozwalają zaprezentować, że droga do uznania sterylizacji nieterapeutycznej może być różna, lecz kończy się podobną konkluzją – zabieg taki może być uznany za legalny, przy zastosowaniu warunków typowych dla zabiegu medycznego.

§ 4. Kontratyp zgody dysponenta dobrem prawnym a sterylizacja

W polskim kodeksie karnym ustawodawca nie przewidział przepisu odnoszącego się bezpośrednio do zgody dysponenta dobrem prawnym jako warunku uchylenia bezprawności czynu, mimo, że taki postulat powtarzał się na przestrzeni ostatnich dziesiątek lat. Już J. Makarewicz pracując nad kodyfikacją karną z 1932 roku postulował ustawowe uregulowanie zgody pokrzywdzonego[367]. Jak ocenia W. Zalewski proponowana przez J. Makarewicza propozycja regulacji prawnej nie była wystarczająco konkretna i jednoznaczna – szła w stronę modelu, zgodnie z którym zgoda pokrzywdzonego miała być nie zasadą, a odstępstwem od

[366] S. Mana-Walasek, *Status prawny zabiegów trwałej antykoncepcji*, niepublikowana praca doktorska obroniona na Uniwersytecie Warszawskim w 2020 r., s. 355.
[367] J. Makarewicz, *Prawo karne. Wykład porównawczy z uwzględnieniem prawa obowiązującego w Rzeczypospolitej Polskie*, Lwów-Warszawa 1924, s. 184.

generalnie przyjętej zasady, czyli zezwolenie miało nie wpływać na karalność, poza wyliczonymi wyjątkami[368].

Projekt kodeksu karnego z 1963 roku zawierał przyporządkowany wówczas do art. 24 § 1 przepis określający zgodę dysponenta dobrem jako kontratyp. Projektowany przepis nie określał katalogu dóbr, którego dotyczył ani też warunków skuteczności zgody. Stanowił jednak, że uchylenie bezprawności nie dotyczy sytuacji sprzecznych z zasadami współżycia społecznego. Wspomniany przepis nie znalazł się jednak w tekście uchwalonego w 1969 roku kodeksu karnego[369].

W ustawodawstwach państw europejskich można odnaleźć kodyfikacje, które stawiają zgodę dysponenta dobrem obok innych, bardziej klasycznych okoliczności wyłączających bezprawność, takich jak obrona konieczna czy stan wyższej konieczności. Jako przykład można wskazać art. 26 tureckiego kodeksu karnego czy art. 22 rumuńskiego kodeksu karnego. Ustawodawstwo niemieckie czy austriackie reguluje problem zgody dysponenta dobrem w części szczegółowej kodeksów karnych. Dokonując analizy kodyfikacji zawierających analizowany kontratyp można zauważyć, że zgoda jest ważna, jeżeli spełnia następujące warunki:

1) osoba wyrażająca zgodę musi osiągnąć odpowiedni wiek,
2) dysponent powinien mieć warunki psychofizyczne umożliwiające wyrażenie zgody,
3) zgoda powinna być wyrażona nie później niż w chwili czynu,
4) w żadnej z europejskich kodyfikacji zgoda nie ma charakteru absolutnego; bywa ograniczana kryteriami przedmiotowymi lub ilościowo-jakościowymi, odnoszącymi się przede wszystkim do katalogu dóbr, którymi można swobodnie dysponować[370].

Zgoda we współczesnej nauce prawa karnego może zasadniczo pełnić dwie funkcje: wyłączyć istotę czynu lub wyłączyć jego bezprawność. Pierwsza z wymienionych funkcji dotyczy przypadków, w których ustawowy opis czynu zabronionego określa zachowanie sprawcy wbrew woli bądź bez zgody osoby, której dobro prawne zostaje naruszone. W tym kontekście warto przyjrzeć się czynowi zabronionemu z art. 192 k.k. – wykonaniu zabiegu

[368] W. Zalewski, *Zgoda pokrzywdzonego. O postulacie kodyfikacji kontratypu* [w:] W. Zalewski, J. Potulski, T. Snarski, *Zbrodnia i kara. Refleksje o przeszłości, teraźniejszości i przyszłości prawa karnego. Księga upamiętniająca Profesora Jarosława Warylewskiego*, Gdańsk 2022, s. 152 i nast.
[369] Ibidem s. 159.
[370] Ibidem, s. 156.

leczniczego bez zgody pacjenta. „Brak zgody" jest w tym przypadku jedną z przesłanek, a jej niezaistnienie wyklucza w ogóle rozpatrywanie ukarania sprawcy z tego przepisu. Podobnie jak w przywołanym przepisie brak zgody jest częścią ustawowych znamion m.in. czynu z art. 278 § 2 k.k. (uzyskanie cudzego programu komputerowego w celu osiągnięcia korzyści majątkowej bez zgody upragnionego).

Inaczej kształtuje się kwestia zgody w przypadku czynów zabronionych, których ustawowy opis nie posługuje się znamieniem „zgoda" wprost, lecz dokonanie tego czynu bez zgody dysponenta dobrem jest rozumiane jako bezprawne. Tym samym zaistnienie zgody wyłącza istotę czynu zabronionego. Jako przykład można wskazać przestępstwo kradzieży (art. 278 k.k.), które odbywa się bez zgody właściciela, a przy jego zgodzie nie będzie to już kradzież, lecz przeniesienie własności na ustalonym między stronami tytule (np. darowizny)[371].

Podobnie rzecz kształtuje się przy przestępstwie zgwałcenia (art. 197 k.k.). W tym przypadku brak zgody nie jest wymieniony w przepisie jako znamię czynu zabronionego, lecz obcowanie płciowe z drugą osobą, bez uzyskania jej zgody będzie wypełniać znamiona tego czynu. Sam przepis odnosi się do doprowadzenia innej osoby do obcowania płciowego za pomocą przemocy, groźby bezprawnej lub podstępu. Przedmiotem ochrony wspomnianej regulacji jest wolność seksualna rozumiana jako możliwość swobodnego dysponowania swoją seksualnością. Wiąże się to z wolnością wyboru partnera seksualnego, oczywiście zakładając, że osoby mają ukończony wiek umożliwiający świadomą decyzję o podjęciu obcowania płciowego. Polski ustawodawca uznał, że tym wiekiem jest ukończenie 15 roku życia, a obcowanie seksualne oraz inne czynności seksualne z osobą młodszą są karane jako przestępstwo z art. 200 k.k.

Jak zauważa Rzecznik Praw Obywatelskich M. Wiącek w obowiązującej konstrukcji przepisu zgoda jest znamieniem wyprowadzanym w drodze wykładni od znamion „przemocy", „groźby bezprawnej" i „podstępu". Postuluje on nowelizację ustanawiającą brak swobodnej i świadomej zgody na kontakt seksualny jako znamienia przesądzającego o przestępstwie zgwałcenia. Oznacza to, że bierność osoby doświadczającej przemocy seksualnej nie może być rozumiana jako przejaw zgody[372].

[371] V. Vachev, *Rozwój instytucji zgody dysponenta dobrem i jej miejsce w strukturze przestępstwa*, „Internetowy przegląd Prawniczy TBSP UJ" 2015, nr 1, s. 36.
[372] Ł. Starzewski, *Brak zgody podstawą karalności gwałtu. RPO postuluje zmianę definicji tego przestępstwa*, https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-ms-gwalt-definicja-karalnosc-swiadoma-zgoda [dostęp: 23.06.2023].

Z punktu widzenia prawa karnego zgoda dzierżyciela dobra może mieć zatem wpływ na przestępność zachowania sprawcy. Nie ulega wątpliwości, że osoba zaburzona psychicznie lub małe dziecko nie są w stanie wyrazić zgody, która będzie całkowicie swobodna i świadoma. Są to istotne elementy wyrażenia prawnie skutecznej zgody. Przywołane cechy mają znaczenie nie tylko z normatywnego punktu widzenia, lecz również powinny dać się uzasadnić społecznie. D. Zając porównuje świadomość zgody do świadomości sprawcy przestępstwa umożliwiającej przypisanie mu winy. Zdaniem tego Autora „Dobrowolność warunkująca zgodę jest tą samą dobrowolnością, która kształtuje winę rozumianą zgodnie z założeniami czystej koncepcji normatywnej. (…) Zgoda dzierżyciela na naruszenie przynależnych mu dóbr prawnych stanowi bowiem w istocie w pewnym sensie odpowiednik winy sprawcy”[373]. W kwestii modyfikacji odpowiedzialności karnej sprawcy pod względem zgody dzierżyciela dobrem istotne znaczenie ma charakter tego dobra. D. Zając opisuje to na czterech przykładach.

Pierwszym z nich jest zniszczenie samochodu po uzyskaniu zgody jego właściciela. W tej sytuacji zgoda modyfikuje treść normy postępowania, zakazującej niszczenie rzeczy cudzej, co oznacza, że zachowanie sprawcy należy uznać za legalne.

Inna sytuacja została zobrazowana jako zgoda dzierżyciela dobrem na zagranie w rosyjskiej ruletce, przy założeniu, że broń znajduje się w rękach innej osoby niż dzierżyciel. Uznaje się, że jest to zbyt daleko idące ryzyko, a szanse na unicestwienie dobra są zbyt wysokie, aby można było to zachowanie zaakceptować. Zgoda dzierżyciela na grę zmienia jednak kwalifikację czynu – zdaniem wspomnianego Autora nie powinien być on kwalifikowany jako zabójstwo, lecz pomoc przy samobójstwie. Kluczowe znaczenie ma odgrywać tu fakt, że do pozbawienia życia dochodzi za sprawą decyzji ofiary.

Kolejna sytuacja i odmienny wpływ zgody dzierżyciela dobrem na odpowiedzialność karną dotyczy przykładowo uczestnictwa w bójce pseudokibiców, w trakcie której dochodzi do śmierci jednego z uczestników. Uczestnictwo w bójce z użyciem niebezpiecznego narzędzia przewyższa dopuszczalny poziom ryzyka unicestwienia dobra jakim jest życie, co przewyższa standard najwyższego społecznie akceptowanego zachowania. Uczestnictwo w bójce stanowi również zamach na porządek publiczny oraz dobra indywidualne pozostałych uczestników bójki, które nie są pod wyłączną dyspozycją dzierżyciela dobrem. Mając to na uwadze należy dojść do wniosku, że zgoda na udział w bójce nie wpłynie na modyfikację treści postępowania

[373] D. Zając, *Zgoda dzierżyciela dobra prawnego na zachowanie ryzykowne jako okoliczność wylewająca na zakres odpowiedzialności karnej*, „Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych” 2018, nr 2, s. 4-5.

sprawcy, które pozostanie bezprawne. Modyfikacji może ulec natomiast stopień społecznej szkodliwości czynu – będzie ona mniejsza niż w przypadku osób nie dających swoją postawą zgody na ewentualne otrzymanie ciosu, co miałoby miejsce przy ataku na przypadkowych przechodniów.

Ostatni z przedstawionych przykładów dotyczy sytuacji podania narkotyku innej osobie za jej zgodą, w wyniku czego osoba ta ponosi śmierć. Przy rozpatrywaniu, czy w rzeczonej sytuacji doszło do przestępstwa nieumyślnego spowodowania śmierci należy rozważyć dwie istotne okoliczności. Używanie narkotyków o nieznanym składzie wiąże się z pewnym stopniem ryzyka. Jak zauważa Autor zestawiając ze sobą liczbę przypadków uszkodzeń narządów bądź śmierci, do których doszło w wyniku zażycia narkotyku z ogólną liczbą przypadków używania tych nielegalnych substancji można dojść do wniosku, że mieści się to w granicach akceptowalnego stopnia niebezpieczeństwa. Autor zestawia to z *wingsuitingiem*[374], gdzie to ryzyko jest zdecydowanie wyższe. Pomijając kwestie przyczyn poddania się takiemu ryzyku, można uznać, że w opisanym przypadku dojdzie do prawnie relewantnej modyfikacji normy określającej odpowiedzialność karną, co wiąże się z tym, że zgoda dzierżyciela wyłączy odpowiedzialność za nieumyślne spowodowanie śmierci[375].

Podsumowując rozważania D. Zająca można dojść do wniosku, że zgoda dzierżyciela dobra może w różny sposób wpłynąć na kształt odpowiedzialności karnej. W przypadku dobra jakim jest własność rzeczy zgoda na jej zniszczenie całkowicie wyłącza odpowiedzialność sprawcy. Jest to spójne z istotą tego prawa, które daje właścicielowi całkowitą swobodę co do dysponowania rzeczą. Odmienna sytuacja ma miejsce w przypadku, gdy charakter dobra lub nadmierne ryzyko jego unicestwienia nie dają dzierżycielowi tak szeroko zarysowanej swobody.

W kontekście zabiegu sterylizacji należy przeanalizować istotę dobra jakim jest życie i zdrowie człowieka. Zabieg ten, jak każdy inny, wiąże się z pewnym ryzykiem, a jego rezultat w postaci pozbawienia zdolności płodzenia bywa postrzegany jako destrukcyjny i pozbawiający organizm swojej naturalnej funkcji rozrodczej. Wobec tego konieczna jest pogłębiona analiza granic samodzielnego postępowania z tym dobrem.

---

[374] *Wingsuiting (lub też wingsuit flying) – sport polegający na lataniu w powietrzu po skoku ze spadochronem w specjalnie przystosowanym do tego kombinezonie,* https://dictionary.cambridge.org/pl/dictionary/english/wingsuiting [dostęp: 3.07.2023].
[375] Ibidem, s. 27.

Od życia i zdrowia człowieka będącymi dobrami indywidualnymi odróżnić należy zdrowie publiczne będące dobrem kolektywnym. Zgodnie z definicją WHO zdrowie publiczne jest nauką zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promowania zdrowia poprzez wspólny wysiłek członków społeczeństwa. Zdrowie publiczne obejmuje problemy dotyczące zdrowia ogółu populacji, usługi zdrowotne czy administrację opieki zdrowotnej[376].

„Zdrowie publiczne" jest jedną z przesłanek ograniczenia konstytucyjnych praw zgodnie z dyspozycją art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Zastosowanie tego przepisu można było odnotować podczas pandemii COVID-19, kiedy to prawo przewidywało rozmaite ograniczenia praw mające na celu minimalizację liczby osób zakażonych oraz zapewnienie prawidłowego funkcjonowania placówek zdrowia w tym trudnym okresie. Podobnie można zauważyć, że penalizacja przestępstw narkotykowych ukierunkowana jest na ochronę zdrowia publicznego. Leczenie osób uzależnionych oraz takich, u których nielegalne substancje spowodowały uszkodzenia narządów ciała jest niezwykle drogie i obciąża budżet państwa. Zakazanie używania szkodliwych substancji ma na celu nie tylko ochronę poszczególnych jednostek przed zrobieniem sobie krzywdy, lecz na czele starań plasuje się właśnie zdrowie publiczne.

Ciekawy pogląd odnośnie życia jako dobra chronionego prawem prezentuje A. Zoll, twierdząc, że choć człowiek jest dzierżycielem dobra, to nie może nim swobodnie dysponować. Jak wskazuje wspomniany Autor, samobójca wprawdzie nie realizuje znamion normy z art. 148 § 1 k.k., to jednak jego czyn narusza normę konstytucyjną nakazującą ochronę życia z art. 38 Konstytucji RP[377]. Nie jest to pogląd popierany przez całość doktryny prawniczej – można odnaleźć stanowiska wedle, których odebranie sobie życia jest neutralne z prawnego punktu widzenia, co wiąże się ze swobodą dysponowania dobrem jakim jest własne życie.

Podobnie można odnieść się do dobra jakim jest zdrowie człowieka, które jest mocno powiązane z jego życiem. Jak zostało wcześniej wskazane, istnieje pewien stopień akceptacji społecznej dotyczącej wystawienia zdrowia na ograniczony stopień ryzyka unicestiwenia dobra. Analogicznie traktując uzależnienie od substancji odurzających i psychotropowych, można te rozważania przenieść na płaszczyznę picia alkoholu oraz używania wyrobów tytoniowych. Wskazane substancje są w naszym państwie legalne, mimo że ich negatywny wpływ na zdrowie człowieka jest powszechnie znany. Tym samym ustawodawca zezwala

[376] J. Szymańczak, Zdrowie publiczne – element systemu ochrony zdrowia [w:] G. Ciura (red.), Zdrowie Polaków, „Studia Biura Analiz Sejmowych" 2009, nr 4(20), s. 222.
[377] A. Zoll, Komentarz do art. 151 k.k. [w:] W. Wróbel, A. Zoll (red.) *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a*, Warszawa 2017, s. 319.

jednostce na wystawienie swojego zdrowia na szwank poprzez używanie wspomnianych substancji. W tym kontekście prawo zakłada jedynie profilaktykę uzależnień oraz pomoc osobom zmagającym się z nałogiem, co ma łagodzić jego społeczne skutki.

Inną sytuacją narażającą życie i zdrowie na niebezpieczeństwo jest uprawianie sportu. Mimo powszechnie znanej frazy „sport to zdrowie", ważna jest świadomość tego, jakie ryzyko niesie ze sobą wzmożona aktywność fizyczna. W tym miejscu warto przybliżyć definicję sportu ujętą w art. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 2010 roku o sporcie[378] „Sportem są wszystkie formy aktywności fizycznej, które przez uczestnictwo doraźne lub zorganizowane wpływają na wypracowanie lub poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, rozwój stosunków społecznych lub osiągnięcie wyników sportowych na wszelkich poziomach". Za sport uważa się również współzawodnictwo oparte na aktywności intelektualnej, którego celem jest osiągnięcie wyniku sportowego (art. 2 ust. 1a ustawy o sporcie).

W doktrynie prawa karnego wśród zwolenników teorii kontratypów pozaustawowych funkcjonuje pojęcie kontratypu ryzyka sportowego, wedle którego uczestnik rywalizacji sportowej nie odpowiada karnie za uszkodzenie ciała innej osoby, jeżeli oba podmioty były uczestnikami legalnych zawodów, w legalnej dyscyplinie sportowej, przy uwzględnieniu sportowego celu rywalizacji, przy przestrzeganiu zasad dyscypliny oraz za zgodą uczestników[379]. Zaprezentowana konstrukcja kontratypów jest niezbędna w kontekście sportu, gdzie istnieje ryzyko uszkodzenia ciała uczestników. W zależności od dyscypliny sportowej ryzyko utraty zdrowia będzie się różnić. Zdecydowanie niższe będzie w sportach, gdzie zawodnicy nie mają bezpośredniego kontaktu ze sobą (np. siatkówka, tenis), wyższe w sportach kontaktowych (np. piłka nożna, hokej), a jeszcze wyższe w sportach walki.

Mimo, że zawodnicy mierzący się ze sobą w ramach treningów czy zawodów sportów walki wykonują czynności, które w innych okolicznościach mogłyby zostać uznane za niezgodne z prawem (uderzenia, kopnięcia), to gdy wykonują to w ramach rywalizacji sportowej korzystają z ochrony kontratypowej. Celem rywalizacji w tych sportach jest bowiem pokonanie przeciwnika w sportowej rywalizacji, a nie uszkodzenie jego ciała, które jednak często występuje. Jest to zatem akceptowalne społecznie wystawienie zdrowia na ryzyko jego utraty. W sporcie zdarzają się mniej lub bardziej poważne kontuzje, a nawet przypadki

[378] Ustawa z dnia 25 czerwca 2010 roku o sporcie, Dz.U. 2010 nr 127 poz. 857 ze zm., t.j. Dz. U. 2024 poz. 1488.
[379] Tak np. S. Uścimiak, *Kontratyp ryzyka sportowego w polskim prawie karnym*, Prokuratura i prawo 2022, nr 5, s. 155.

śmiertelne, lecz ryzyko ich wystąpienia jest na tyle niskie, że uzyskuje aprobatę społeczną i tym samym jest uznane za zgodne z prawem.

Nieco inaczej kształtuje się sytuacja w sportach ekstremalnych, gdzie nie ma kontaktu między zawodnikami, a krzywdę może wyrządzić sobie sam uczestnik przez nieuważność. Można tu wskazać skoki spadochronowe, paralotniarstwo, nurkowanie jaskiniowe czy przytaczany już wcześniej *wingsuiting*. Osoby uprawiające wskazane dyscypliny narażają się na wysokie ryzyko utraty zdrowia, a nawet życia. Osoby uprawiające ten sport korzystają z autonomii woli narażając się na tak wysokie niebezpieczeństwo. Można przy tym rozważać odpowiedzialność osób produkujących sprzęt do tego typu wyczynów, lecz jeżeli został on wykonany z ogólnie przyjętym standardem, a użytkownikowi mimo to stanie się jakaś krzywda, to zdaje się, że do głosu dochodzi zasada wyrażająca się w paremii: *volenti non fit iniuria*.

W kontekście kontratypów warto przeanalizować kazus zawodów typu *PunchDown*, gdzie stojący naprzeciw siebie zawodnicy naprzemiennie uderzali się otwartą dłonią w twarz nie mogąc się przy tym bronić. Wspomniana rywalizacja jest bardzo kontrowersyjna i trudno znaleźć w niej elementy przytaczanej wcześniej ustawowej definicji sportu. O tego typu rywalizacji szersza publiczność dowiedziała się w 2021 roku gdy podczas jednej z „walk" śmierć poniósł Artur „Waluś" Walczak – polski *strongman* i zawodnik sportów walki. Na moment pisania pracy w prokuraturze wciąż trwa śledztwo w przedmiotowej sprawie[380]. Z uwagi na brak sportowego charakteru rywalizacji zawodnik, który wymierzył śmiertelny cios nie będzie mógł powoływać się na kontratyp ryzyka sportowego, a prokuratura będzie raczej badać czy zgoda wyrażona przez A. Walczaka może być podstawą uchylenia odpowiedzialności karnej sprawcy.

Inną sytuacją narażenia zdrowia na niebezpieczeństwo jest tatuowanie ciała. Wykonywanie tatuaży jest dość powszechną praktyką i zazwyczaj nie jest obarczone większym ryzykiem, mimo, że wiąże się to z przerwaniem ciągłości powłok zewnętrznych. Zdecydowanie większe ryzyko niż przeciętne występuje w sytuacji tatuowania gałek ocznych – co jest wykonywane rzadko, z uwagi na wysokie prawdopodobieństwo utraty wzroku. W grudniu 2022 roku Sąd Rejonowy dla Warszawy Woli wydał wyrok w sprawie utraty wzroku w wyniku wykonania tatuażu. Sąd uznał, że tatuażysta jest winny nieumyślnego spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i wymierzył mu karę roku ograniczenia wolności oraz zadośćuczynienia

[380] H. Komorowska-Bednarek, *Gniezno. Minął rok od gali Punchdown 5. Artur Walczak doznał na niej śmiertelnych obrażeń. Co dalej ze śledztwem?* https://gniezno.naszemiasto.pl/gniezno-minal-rok-od-gali-punchdown-5-artur-walczak-doznal/ar/c14-9054481 [dostęp: 1.07.2023].

w wysokości 150 tys. zł. Sąd nie zajmował się jednak tym, czy tatuażysta mógł podjąć się wykonania tatuażu w miejscu, w którym go wykonano – mimo, że niesie to ze sobą wysokie ryzyko. Sąd uznał sprawcę za winnego popełnionego przestępstwa z uwagi na użycie niewłaściwego typu tuszu, a ponadto klientka nie została poinformowana o niebezpieczeństwie związanym z takim zabiegiem[381]. Sąd wymierzył karę za nieumyślne spowodowanie kalectwa w postaci odebrania klientce wzroku, natomiast gdyby zabieg nie skutkował wspomnianym uszczerbkiem, nie byłoby podstaw do wszczęcia postępowania.

Jak zostało wyżej wskazane na przykładzie tatuażów, człowiek ma prawo dysponować swoim zdrowiem także w przypadkach naruszających integralność jego ciała. W poprzednim podrozdziale przeanalizowano sposób, w jaki zgoda wpływa na kształtowanie się legalności zabiegów nieterapeutycznych. Kontynuując te rozważania w kontekście granic dysponowania zdrowiem jako dobrem chronionym prawem warto zastanowić się nad tym, na jaki skutek w uszczerbku na zdrowiu prawo zezwala za zgodą pokrzywdzonego.

Polskie prawo rozróżnia ciężki uszczerbek na zdrowiu (art. 156 k.k.) oraz średni i lekki uszczerbek na zdrowiu (art. 157 k.k.). W myśl przywołanego przepisu karnego za średni uszczerbek na zdrowiu uważa się naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, inny niż określony w art. 156 § 1 k.k., zaś za lekkie naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający nie dłużej niż 7 dni. W doktrynie można spotkać pogląd, zgodnie z którym zgoda pokrzywdzonego może wyłączyć przestępność czynu polegającego na spowodowaniu lekkiego uszczerbku na zdrowiu[382], natomiast nie jest to pogląd powszechny. Jeżeli zgoda na lekki uszczerbek na zdrowiu została wyrażona w celu zwolnienia od służby wojskowej pokrzywdzony będzie ponosił odpowiedzialność za czyn zabroniony z art 143 § 2 k.k.[383]

Jak zauważają natomiast A. Barczak-Oplustil i T. Sroka „dysponent dobra prawnego może w pewnym zakresie zrzec się bądź ograniczyć jego ochronę prawną. Zakres prawnie istotnego samonarażenia się jednostki na niebezpieczeństwo w zakresie własnego zdrowia jest zdecydowanie szerszy niż w przypadku życia, zaś osoba dysponująca zgodą człowieka na zachowanie ryzykowne może podejmować w sposób legalny działania zagrażające jego zdrowiu (co ma miejsce chociażby w ramach rywalizacji sportowej). Nie jest jednak łatwo

[381] *Chciała mieć czarne gałki oczne. Tatuażysta z Warszawy skazany* https://www.rp.pl/prawo-karne/art37689841-chciala-miec-czarne-galki-oczne-tatuazysta-z-warszawy-skazany [dostęp: 1.07.2022].
[382] Tak np. M. Budyn-Kulik, Komentarz do art. 157 k.k. [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2023.
[383] J. Karnat, *komentarz do art. 157 k.k* [w:] B. Gadecki (red.) Kodeks karny. Art. 1-316. Komentarz, Warszawa 2023, Legalis el.

wyznaczyć abstrakcyjne warunki i granice prawnokarnie skutecznej zgody człowieka na spowodowanie uszczerbku na jego zdrowiu”[384].

Trudno jest więc jednoznacznie wyznaczyć granice tego na ile człowiek może dysponować swobodnie dobrem jakim jest jego zdrowie. Ściślej ujmując w kontekście sterylizacji rozważania te dotyczyć powinny propagacyjnego aspektu przejawiającego się w zdolności płodzenia. W poprzednim podrozdziale rozważania dotyczyły zabiegu sterylizacji jako zabiegu nieterapeutycznego. Warto zaznaczyć, że z jednej strony należy mówić o niskim ryzyku takiego zabiegu, jeżeli jest przeprowadzany przez specjalistę w odpowiednich warunkach. Z drugiej strony należy zauważyć, że choć ryzyko na jakie narażone jest życie pacjenta jest przy nim niezwykle niskie, to prawdopodobieństwo utraty zdolności płodzenia jest bliskie pewności, bowiem właśnie to jest celem zabiegu.

Penalizacja ciężkiego uszczerbku na zdrowiu z art. 156 § 1 k.k. ma chronić zdrowie człowieka przed nieodwracalnym ograniczeniem funkcji organizmu. Nie budzi większych wątpliwości stwierdzenie, że zgoda człowieka na spowodowanie u niego kalectwa byłaby nieważna. W tym przypadku prawo karne w sposób paternalistyczny chroni człowieka niejako przed samym sobą, choć trudno znaleźć uzasadnienie decyzji człowieka o chęci odebrania sobie wzroku czy dobrowolnej i wolnej od wskazań medycznych amputacji kończyny.

Podobnie należy traktować zgodę na odebranie zdolności płodzenia w sposób inny niż zabieg medyczny np. przy użyciu przemocy. Należy jednak odróżnić te sytuacje od zgody pacjenta na poddanie się zabiegowi medycznemu wykonywanemu przez wyspecjalizowanego lekarza zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej. W tym kontekście pozbawienie zdolności płodzenia nie będzie miało charakteru kalectwa, lecz należy ją zakwalifikować jako jedną z metod antykoncepcyjnych.

Przepis art. 156 § 1 ma chronić zdrowie człowieka, w tym funkcje jego organizmu takie jak wzrok, słuch mowa czy właśnie zdolność płodzenia przed uszkodzeniami, co jest motywowane tym, że życie człowieka ma najwyższą jakość właśnie z nimi. Jeżeli jednostka rezygnuje z posiadania potomstwa (całkowicie lub już po przyjściu na świat dziecka nie chce mieć kolejnych), zdolność płodzenia nie wpływa na jakość życia człowieka. W kontekście jakości życia można dojść do wniosku, że w pewnych przypadkach pozbawienie zdolności płodzenia wpłynie pozytywnie na komfort życia poprzez poprawę życia seksualnego. Co za

[384] A. Barczak-Oplustil, T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za czyny przeciwko zdrowiu w prawie medycznym* [w:] A. Barczak-Oplustil, T. Sroka (red.) System Prawa Medycznego. Odpowiedzialność publicznoprawna. T.6 s. 398.

tym idzie penalizowanie sterylizacji za zgodą pacjenta byłoby równoznaczne z ochroną ciała człowieka w sprzeczności z jego interesem.

Człowiek jako dysponent dobrem jakim jest jego życie i zdrowie często naraża je na ryzyko. Dopóki ryzyko unicestwienia tego dobra nie jest wysokie należy uznać zgodę na uszkodzenie go za ważną. Problem pojawia się, gdy ryzyko to rośnie. Trudno jest jednoznacznie postawić granicę w zakresie dysponowania własnym zdrowiem. Mimo, że zdaje się, że człowiek nie może żądać pozbawienia się wzroku czy słuchu, to pozbawienie się zdolności płodzenia poprzez zabieg medyczny powinno zostać uznane za odstępstwo od tej reguły.

Podobne zdanie prezentuje posłanka Wanda Nowicka z partii Nowa Lewica, która jako reprezentantka grupy posłów złożyła w sejmie projekt ustawy nowelizującej kodeks karny w taki sposób, że sterylizacja zarówno kobieca jak i męska staje się legalna. Jak komentuje posłanka „Dorosłe kobiety i mężczyźni mają prawo rezygnować z własnej płodności, a biskupom, prokuratorom, fanatykom wszelkiej maści oraz pisowskim politykom nic do tego. Niech dadzą wreszcie ludziom żyć". Dalej posłanka zauważa, że przepis art. 156 k.k. stworzono w celu karania za przemoc[385], a jego stosowanie do świadomej i dobrowolnej decyzji o poddaniu się zabiegowi wydaje się sztuczne. W obliczu tej regulacji kontrowersyjny jest fakt, że władza przymyka oko na zabieg wazektomii, który jest w pełni odwracalny. W Internecie z łatwością można znaleźć ogłoszenia gabinetów lekarskich oferujących taki zabieg. Nie jest możliwe znalezienie podobnych ogłoszeń kierowanych do kobiet, co oznacza, że pacjenta chcąca poddać się tego zabiegowi podwiązania jajowodów zmuszona jest korzystać z podziemia lekarskiego[386].

[385] Warto zaznaczyć, że przestępstwo z art. 156 k.k. może być dokonane również bez użycia przemocy. Jako przykład można wskazać podanie osobie alkoholu metylowego jako konsumpcyjnego. Takie zdarzenie, jeżeli jest intencjonalne spełni znamię przestępstwa z art. 156 § 1 k.k. ponieważ spożycie wspomnianej substancji może pozbaić ofiarę wzroku. We wskazanej sytuacji dojdzie do ciężkiego uszczerbku na zdrowiu mimo braku zastosowania przemocy.

[386] M. Orłowski, *Lewica chce legalnej sterylizacji dla kobiet i mężczyzn. „Biskupom i prokuratorom nic do tego"*, https://www.newsweek.pl/polska/polityka/wanda-nowicka-lewica-zlozyla-w-sejmie-projekt-ustawy-o-legalnej-sterylizacji-dla/ph19xm9, [dostęp: 1.07.2023].

Rozdział V

Wybrane modele na tle prawnej regulacji sterylizacji w Europie

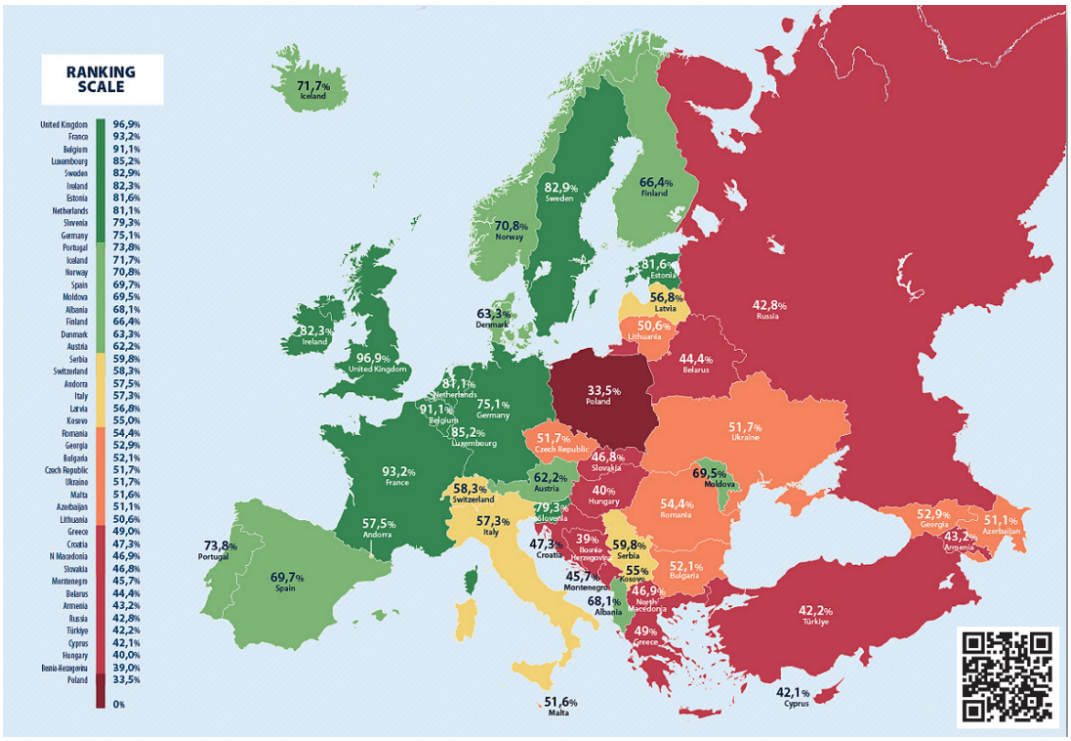
§ 1. Przegląd europejskich regulacji prawnych

Od kilku dekad można obserwować zmiany zachodzące w społeczeństwach państw europejskich. Dotyczy to zarówno postaw kolektywnych, jak i indywidualnych. Można zauważyć rosnącą rolę autonomii jednostki. Kształtujące się po II wojnie światowej pojmowanie praw człowieka w społeczeństwach zachodnich daje coraz większe możliwości co do swobody wyboru zachowań we wszelkich sferach życia. Następuje liberalizacja postaw zarówno w życiu publicznym, jak i prywatnym. Zmiany sięgnęły również do sfery rodzinnej. Zaczęto odchodzić od modelu rodziny pokoleniowej oraz wielodzietnej na rzecz tych mniej licznych z jednym lub dwojgiem dzieci. Coraz częściej można spotkać również rodziny bezdzietne. Wspomniane zmiany wpływają w sposób znaczący na niż demograficzny w Europie.

Rozwój medycyny niewątpliwie sprzyja indywidualizacji potrzeb współczesnego człowieka. Dotyczy to również kwestii prokreacyjnych. Aktualnie medycyna zapewnia pomoc zarówno osobom, które mimo problemów z płodnością chciałyby posiadać potomstwo, a także daje narzędzia do ograniczenia prokreacji tym, którzy sobie tego życzą.

Jak wynika z raportu Europejskiego Parlamentarnego Forum dla Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych z 2023 roku Polska ma najniższy wskaźnik dostępności do antykoncepcji ze wszystkich państw europejskich.

Ryc. nr 1 Wskaźnik dostępności antykoncepcji w państwach europejskich



Źródło: Raport „EPF's Contribution to the 30 Review of the ICPD Programme of Action in Europe", European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, Bruksela 2023, www.epfweb.org [dostęp: 05.01.2024]

Z przywołanego raportu wynika, że państwami z najwyższym badanym wskaźnikiem są: Wielka Brytania (96,9%), Francja (93,2%) Belgia (91,1%), Luksemburg (85,2%), Holandia (81,1%), Szwecja (82,9%) czy Estonia (81,6%). Mapa poglądowa zamieszczona powyżej jasno obrazuje, że dostępność antykoncepcji jest zdecydowanie wyższa w państwach Europy zachodniej, zaś w części środkowo-wschodniej kontynentu wygląda to mniej korzystnie. Na końcu zestawienia, lecz wciąż przed Polską znajdują się państwa takie jak Bośnia i Hercegowina (39%), Węgry (40%), Turcja (42,2%) czy Rosja (42,8%).

Ponadto z raportu Europejskiego Parlamentarnego Forum dla Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych wynika, że 41 krajów (89% badanych) zapewnia poradnictwo w sprawie antykoncepcji, a 19 (41% badanych) prowadzi specjalne rządowe strony internetowe poświęcone informowaniu o antykoncepcji. Dostępność sterylizacji była tylko jednym z wielu czynników wpływających na wskaźnik dostępności antykoncepcji, lecz ogólny ogląd pokazuje znaczne dysproporcje w uregulowaniach państw europejskich.

Jako główne rekomendacje w raporcie wskazuje się: zwiększenie finansowania środków antykoncepcyjnych w ramach systemu opieki zdrowotnej, zapewnienie poradnictwa w zakresie antykoncepcji, zwłaszcza na terenach wiejskich oraz zapewnienie przez publiczną służbę zdrowia informacji na temat nowoczesnych metod antykoncepcyjnych.

Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia sterylizację zalicza się do metod antykoncepcyjnych o trwałym charakterze. Dotyczy to zarówno wazektomii u mężczyzn, jak i podwiązania jajowodów u kobiet. Jest to metoda dozwolona przez wiele państw Zachodu, co jest wyrazem wzrostu znaczenia autonomii woli człowieka.

Zagadnienia związane z prokreacją są przedmiotem wielu problemów społecznych. Sterylizacja, mimo że w wielu państwach jest uważana za formę antykoncepcji, to w Polsce wzbudza wiele kontrowersji. Nie jest to związane wyłącznie z brakiem odpowiednich przepisów w tej sprawie. Społeczny problem związany z tym zabiegiem dotyczy granic dozwolonej ingerencji człowieka w integralność jego własnego ciała oraz zagadnienia, czy w obliczu kryzysu demograficznego państwo powinno usankcjonować trwałą możliwość odebrania sobie zdolności prokreacyjnych.

Mimo wskazanych wątpliwości sterylizacja jest coraz częściej dopuszczalną metodą antykoncepcyjną. W ustawodawstwach różnych państw można wyróżnić cztery modele traktowania tego typu zabiegu.

Pierwszy model wiąże się z legalnością tego zabiegu wynikającą z ustaw lub orzecznictwa. roku Snarski wyodrębnia w tym rozwiązaniu dwa mniejsze podmodele. Pierwszy z nich wiąże się z prawem do wystąpienia do lekarza o wykonanie takiego zabiegu, a prawo to może podlegać pewnym ograniczeniom. Najczęściej ograniczeniem tym jest konieczność osiągnięcia pewnego wieku, zgoda współmałżonka lub posiadanie odpowiedniej liczby dzieci. Drugi podmodel, rzadziej spotykany, związany jest z koniecznością spełnienia prawnie określonych warunków, co powinno być stwierdzone przez uprawniony do tego organ. Kluczowe znaczenie w obu wskazanych rozwiązaniach ma zgoda samego zainteresowanego[387]. Takie ustawodawstwo jest charakterystyczne dla państw dających obywatelom swobodę w podejmowaniu decyzji o posiadaniu potomstwa. Jak zostało wspomniane jest to coraz częstsze w państwach szeroko pojętego Zachodu, lecz można wskazać, że występował on również

[387] R. Snarski, *Dopuszczalność dobrowolnej sterylizacji – uwagi na tle prawnoporównawczym*, „Przegląd Prawniczy Uniwersytetu Warszawskiego" 2015, nr 2, s. 344–345.

historycznie w socjalistycznej Jugosławii, gdzie prawo do sterylizacji miało rangę regulacji konstytucyjnej[388].

Drugi model również zezwalający na poddanie się zabiegowi ubezpłodnienia jest związany z wprowadzonym w danym państwie programem demograficznym. Przykładów wprowadzenia takiego rozwiązania trzeba szukać poza Europą i można wskazać np. na Meksyk.

Model trzeci związany jest z brakiem jednoznacznych regulacji wynikających z prawa lub orzecznictwa, które dawałby jasny status prawny zabiegowi sterylizacji. Brak zainteresowania ustawodawcy uregulowaniem tego typu zabiegu najczęściej wiąże się w praktyce z zakazem jego wykonywania w celu innym niż leczniczy. Do tego modelu zaliczana jest właśnie m.in. Polska.

Ostatni, czwarty typ regulacji wiąże się z całkowitym zakazem przeprowadzania tego typu zabiegu i został on wprowadzony np. w Arabii Saudyjskiej.

Jak wskazuje S. Mana-Walasek spośród 153 przeanalizowanych przez nią państw pod kątem uregulowania kwestii trwałej sterylizacji całkowity zakaz wykonywania tego typu zabiegu występuje w 5 z nich. Brak uregulowań we wspomnianym zakresie występuje w 39 krajach, a aż 109 państw zezwala na poddanie się tego typu zabiegowi[389].

Analiza ustawodawstwa państw europejskich pozwala zauważyć, że podobnie jak w Polsce sytuacja prawna sterylizacji nie jest uregulowana na Litwie, Malcie czy Ukrainie. Należy jednak zaznaczyć, że brak odpowiednich przepisów regulujących taki zabieg medyczny w praktyce wiąże się z zakazem jego wykonywania, co jest konsekwencją zestawienia tej sytuacji z obowiązującymi przepisami penalizującymi uszkodzenia ciała.

Mimo, że sterylizacja jest powszechnie legalna w Europie poszczególne państwa usankcjonowały to w odmienny sposób. Część państw zezwala na poddanie się temu zabiegowi na życzenie bez żadnych ograniczeń, podczas gdy w innych prawo uzależnia taką możliwość od spełnienia określonych warunków takich jak ukończenie odpowiedniego wieku, posiadanie określonej liczby potomstwa, poinformowania małżonka czy też konieczności upłynięcia określonego czasu od wyrażenia zgody na zabieg do jego przeprowadzenia. Warunki te występują osobno lub łącznie w różnych konfiguracjach.

[388] E. Zielińska, Warunki *dopuszczalności* zabiegów *sterylizacji*, „Państwo i Prawo" 1985, nr 9, s. 66.
[389] S. Mana-Walasek, 2020, *Status prawny zabiegów trwałej antykoncepcji*, niepublikowana praca doktorska, Uniwersytet Warszawski, s. 422.

Sterylizacja antykoncepcyjna legalna bez dodatkowych ograniczeń jest w Belgii, Bułgarii, na Cyprze, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Luksemburgu, Niemczech, Wielkiej Brytanii oraz Włoszech. W tym kontekście sformułowanie „bez dodatkowych ograniczeń" oznacza osiągnięcie wieku pełnej zdolności do czynności prawnych oraz wyrażenie ważnej zgody na poddanie się temu zabiegowi medycznemu.

Najbardziej popularnym warunkiem umożlwiającym poddanie się zabiegowi sterylizacji jest osiągnięcie wymaganego wieku. W Austrii, na Łotwie, w Portugalii i Szwecji z tej formy antykoncepcji mogą skorzystać osoby, które ukończyły 25. rok życia, a przykładowo w Słowenii granica ta została wyznaczona na 35 lat.

W Estonii obowiązuje prawo, gdzie przesłanka wieku jest jedną z umożliwiających poddanie się temu zabiegowi, a są one traktowane oddzielnie – wystarczy, że zaistnieje jedna z nich. Osoba z pełną zdolnością do czynności prawnych może poddać się takiemu zabiegowi, jeżeli:

- przekroczyła wiek 35 lat,
- ma więcej niż troje dzieci,
- ciąża zagraża zdrowiu kobiety (o dopuszczalności zabiegu decyduje dodatkowo komisja składająca się z trzech lekarzy),
- nie jest możliwe z przyczyn zdrowotnych korzystanie z innych środków antykoncepcyjnych (o dopuszczalności zabiegu decyduje dodatkowo komisja składająca się z trzech lekarzy),
- osoba jest narażona na ryzyko posiadania dziecka z poważnym upośledzeniem psychicznym lub fizycznym (o dopuszczalności zabiegu decyduje dodatkowo komisja składająca się z trzech lekarzy),
- osoba cierpi na chorobę mogącą utrudnić lub uniemożliwić wychowywanie dziecka (o dopuszczalności zabiegu decyduje dodatkowo komisja składająca się z trzech lekarzy i pracownika socjalnego).

Innym rozwiązaniem jest regulacja umożliwiająca poddanie się sterylizacji przy połączeniu przesłanek. Na Węgrzech można wykonać zabieg bez dodatkowych przesłanek, gdy pacjent ukończył 40 lat. Istnieje jednak możliwość wcześniejszego poddania się sterylizacji, gdy pacjent posiada trójkę dzieci – wówczas granica wiekowa to 35 lat albo gdy posiada się czwórkę potomstwa – 30 lat.

Odmiennie uregulowano kwestie dostępności sterylizacji w Rumunii, gdzie możliwość poddania się zabiegowi uwarunkowano od poinformowania małżonka. W Danii, co do zasady, sterylizacji może poddać się każda osoba powyżej 18 roku życia, lecz jeżeli zabieg ma być przeprowadzony przed ukończeniem 25 lat zabiegu nie można wykonać wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od wyrażenia zgody. W tym systemie zgoda małżonka lub partnera nie jest wymagana, lecz istnieją od tego wyjątki. Zabieg można wykonać jedynie przy takiej zgodzie, jeżeli ze względu na uwarunkowania genetyczne dziecko może odziedziczyć schorzenia fizyczne lub psychiczne, stan psychiczny lub fizyczny mógłby znacząco utrudniać sprawowanie opieki nad dzieckiem lub istnieje poważne ryzyko, że przyszła ciąża będzie zagrożona lub też podejrzenie, że dziecko nie będzie zdolne do życia lub urodzi się z poważnymi wadami zdrowotnymi.

Kolejną formą warunkowania poddania się sterylizacji jest wyłącznie określenie czasu jaki musi upłynąć od wyrażenia zgody oraz przeprowadzenia zabiegu. We Francji wspomniany okres musi wynosić co najmniej 4 miesiące, a w Słowacji 30 dni.

Reasumując powyższy fragment, należy zauważyć, że państwa europejskie, które dopuszczają zabieg sterylizacji, dokonały tego w trzech zasadniczych wariantach ustawodawczych opisywanego powyżej modelu pierwszego. Będzie to więc:

- dobrowolna sterylizacja „bez dodatkowych ograniczeń” – gdzie wymagane jest wyłącznie osiągnięcie wieku pełnej zdolności do czynności prawnych oraz wyrażenie ważnej zgody na zabieg medyczny,
- ograniczenie dobrowolnej sterylizacji poprzez wyznaczenie warunku, jaki musi spełnić pacjent, aby móc poddać się zabiegowi,
- sterylizacja możliwa spełnieniu prawnie określonych warunków, co powinno być stwierdzone przez uprawniony do tego organ.

W celu zbadania różnic w rozwiązaniach prawnych postanowiono zbadać pod kątem statusu prawnego sterylizacji trzy opisane wyżej kategorie. W ramach punktu dotyczącego dobrowolnej sterylizacji „bez dodatkowych ograniczeń” wybrano ustawodawstwo niemieckie, w ramach kategorii z wyznaczaniem określonego warunku wyznaczono ustawodawstwo austriackie, zaś w ramach tego związanego ze zgodą specjalnego organu wybrano ustawodawstwo norweskie.

W niniejszej pracy nie przeprowadzono analizy modelu drugiego oraz czwartego, z wyżej opisanych. Uznano, że model związany z planem demograficznym państwa (model

drugi) może nie mieć zastosowania w państwach europejskich, z uwagi na uwarunkowania społeczno-kulturowe. Model czwarty, związany z przepisami wprost penalizującymi zabieg sterylizacji, występuje jedynie w 5 państwach na świecie i jego analiza byłaby bezcelowa wobec chęci wyciągnięcia wniosków *de lege lata* i *de lege ferenda* w kontekście polskiej regulacji. Regulacje jakie są obowiązującym prawem w Polsce należą do modelu trzeciego, a ich specyfika jest szeroko opisana w innych częściach pracy.

§ 2. Sterylizacja w Niemczech

Federalne Centrum Edukacji Zdrowotnej (niem. *die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)* przeprowadzono w 2023 roku badania na temat stosowania antykoncepcji wśród dorosłych. Wyniki pokazały, że w społeczeństwie niemieckim najczęściej wybieraną metodą antykoncepcyjną są prezerwatywy (55% respondentów). Drugą z kolei wskazywaną metodą były tabletki antykoncepcyjne – 38% badanych. Zauważa się jednak, że między 2007 roku a 2017 roku to tabletki antykoncepcyjne były częściej wybierane niż prezerwatywy. Taka zmiana ma być odzwierciedleniem większego sceptycyzmu co do możliwych niepożądanych skutków związanych z antykoncepcją hormonalną[390].

Jak pokazuje opisywane badanie 4% mężczyzn skorzystało z męskiej sterylizacji. Niestety brak jest takiej statystyki względem sterylizacji kobiet. Wśród wyników badania zaprezentowano natomiast dane dotyczące sterylizacji (kobiet i mężczyzn łącznie) wśród poszczególnych grup wiekowych. W najmłodszej grupie wiekowej tj. 18-29 lat z tej formy antykoncepcji skorzystało 1% badanych. W grupie 30-39 lat było to 4% - czyli tyle ile wynosi średnia krajowa używania tej metody wśród mężczyzn. W najstarszej grupie wiekowej (40-49 lat) zauważono nadreprezentację, bowiem z zabiegu sterylizacji skorzystało 13% badanych[391].

Zbadanie niemieckiej regulacji jest istotne również ze względu na czynniki społeczne. Zauważa się bowiem, że z uwagi na fakt, że zabieg kobiecej sterylizacji nie jest w Polsce wykonywany, wiele kobiet wyjeżdża do innych państw, aby się mu poddać. Celem podróży w ramach tzw. turystyki sterylizacyjnej są najczęściej kraje ościenne, w tym właśnie Niemcy.

[390] Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung-Reprästentativbefragung, *Verhütungsverhalten Erwachsener 2023*, https://www.sexualaufklaerung.de/forschungsergebnis/verhuetungsverhalten-erwachsener-2023/ [dostęp: 26.08.2024].
[391] Ibidem.

Analizę statusu prawnego sterylizacji należy rozpocząć od opisania przepisu penalizującego pozbawienie człowieka zdolności płodzenia. W niemieckim kodeksie karnym[392] takie przestępstwo stypizowane jest w § 226 StGB – jest to przepis podobny do polskiej regulacji z art. 158 k.k. tj. przestępstwa ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Zgodnie z dyspozycją § 226 StGB kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu powodując u ofiary:

1) utratę wzroku w jednym lub obu oczach, słuchu, zdolności mówienia lub zdolności do prokreacji,
2) utratę istotnej części ciała lub trwałą utratę możliwości używania jej, albo
3) powoduje trwałe znaczne oszpecenie, paraliż, chorobę psychiczną lub upośledzenie,

podlega karze od jednego doku do dziesięciu lat pozbawienia wolności.

Zgodnie z § 226 ust. 2 StGB jeżeli sprawca czynu z ust. 1 działał umyślnie, podlega karze nie niższej niż trzy lata pozbawienia wolności. Jest to więc typ kwalifikowany odnoszący się do sytuacji, kiedy sprawca działa z zamiarem wyrządzenia skutków określonych w typie podstawowym przestępstwa ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Natomiast ust. 3 opisywanego przepisu odnosi się do „przypadków mniejszej wagi" – wówczas, gdy sprawca działa w trybie podstawowym zagrożenie karą wynosi od sześciu miesięcy do pięciu lat pozbawienia wolności, zaś gdy działa w typie kwalifikowanym tj. w przypadkach, gdy uszkodzenie ciała zostało popełnione z premedytacją czy też działanie sprawcy zmierzało do wyrządzenie ofierze cierpienia, wówczas orzeka się karę w granicach od roku do dziesięciu lat.

W kontekście § 226 ust. 3 StGB w ramach przypadków mniejszej wagi należy rozumieć przede wszystkim mniej poważne przypadki dotyczące sytuacji, w których skutki dla ofiary są mniej dotkliwe niż w typowych przypadkach ciężkiego uszczerbku na zdrowi, lecz nadal spełniają kryteria określone w § 226 ust. 1 StGB.

Opisując problematykę statusu prawnego sterylizacji należy wspomnieć również o regulacji z § 226a StGB tj. penalizacji okaleczania żeńskich narządów płciowych. Podkreślenia wymaga, że przepis ten nie odnosi się do zabiegu sterylizacji, choć niekiedy można spotkać

[392] *Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung von* 13.11.1998 (BGBI, I S. 3322), dalej cytowany jako „StGB" lub „niemiecki kodeks karny".

takie błędne opinie wśród opinii publicznej. Jest to zbliżona regulacja do tej z § 85 ust. 1 pkt 3 öStGB oraz art. 156 § 1 pkt 3 k.k.

Zgodnie z § 228 StGB kto dopuszcza się uszkodzenia ciała za zgodą pokrzywdzonego, działa bezprawnie tylko wtedy, gdy czyn ten jest sprzeczny z dobrymi obyczajami. Przywołany przepis oznacza, że co do zasady wyrażenie zgody na działanie sprawy dotyczące uszkodzenia ciała ofiary nie jest bezprawne. Jest to więc usankcjonowanie kontratypu zgody pokrzywdzonego. Zgoda taka nie ma jednak charakteru absolutnego – gdy czyn sprawcy narusza normy moralne i etyczne pozostaje bezprawny nawet pomimo zgody[393].

Odnosząc się do zgodności zabiegu sterylizacji z dobrymi obyczajami można wskazać, że w jednym z badań przeprowadzonych w Niemczech w 2015 roku zaledwie 2,4% ankietowanych kobiet uznało ten zabieg za sprzeczny z powszechnymi normami obyczajowymi[394].

Jak słusznie zauważają E.M. Guzik-Makaruk, E. Wojewoda oraz E. Truskolaska opisując problematykę odpowiedzialności za błędy medyczne w RFN – analiza orzecznictwa sądów pozwala na postawienie stwierdzenia, że na gruncie niemieckiego prawa czynności lecznicze są traktowane jako pierwotnie bezprawne, a ich legalność uzasadnia dopiero wystąpienie przesłanek uchylających tę bezprawność. Autorki prezentują stanowisko, zgodnie z którym wyłączenie bezprawności zachowania polegającego na uszkodzeniu ciała (jak naruszenie powłok ciała podczas zabiegów medycznych) decyduje wyrażenie zgody przez osobę poszkodowaną na warunkach określonych właśnie w § 228 StGB[395].

W związku z powyższym można założyć, że § 228 StGB odnosi się również do zabiegów nieterapeutycznych, jeżeli nie są one sprzeczne z dobrymi obyczajami. W przeciwieństwie do regulacji austriackiej, w StGB nie wymieniono zabiegu sterylizacji wprost. Jednocześnie obserwując dostępność tej procedury medycznej w RFN należy stwierdzić, że jest ona uznawana powszechnie za jedną z metod antykoncepcyjnych, co jednoznacznie wyklucza, aby była sprzeczna z powszechną moralnością czy przyjętymi standardami etycznymi.

Prawnokarna niemiecka regulacja nie określa, od jakiego wieku poddanie się zabiegowi jest dopuszczalne. Tym samym należy odnieść się w tym kontekście do niemieckiego kodeksu

[393] K. Ulsenheimer, *Arztstrafrecht in der Praxis*, 3. Auflage, Müller Verlag, Heidelberg 2003, s. 1916.
[394] F. Kohls, E. Kuehnle, L. Brodowski, I. Staboulidou, *Female sterilization as a method of contraception: women's acceptance and knowledge - a review*, "Medical Research Archives" 2017, vol. 5, s. 2.
[395] E. M. Guzik-Makaruk, E. Truskolaska, E. Wojewoda, Odpowiedzialność za błędy medyczne w Polsce i Republice Federalnej Niemiec – wybrane aspekty, Warszawa 2021, s. 76.

cywilnego – ustawy z dnia 2 stycznia 2002 r.[396], który w § 2 BGB pełnoletniość osiąga się po ukończeniu 18. roku życia. Oznacza to więc, że osoba po przekroczeniu tego wieku mogą podejmować wszystkie decyzje dotyczące swojego życia bez konieczności uzyskania zgody rodziców lub prawny opiekunów. Należy odnieść to również do zgody na zabiegi medyczne. Wobec tego należy uznać, że wiekiem, w którym osoba w Niemczech może wyrazić zgodę na zabieg sterylizacji jest 18 lat. Z oczywistych względów nie dotyczy to osób, którym odebrano pełną zdolność do czynności prawnych w wyniku ubezwłasnowolnienia.

W kontekście zabiegów medycznych należy jeszcze przytoczyć § 630d BGB regulującym obowiązek informacyjny przy udzielaniu zgody pacjenta na zabieg medyczny. Zgodnie z ust. 1 przywołanego przepisu przed przeprowadzeniem procedury medycznej lekarz powinien uzyskać zgodę pacjenta, który jest odpowiednio poinformowany o cechach, naturze, potencjalnych zagrożeniach oraz możliwych skutkach ubocznych zabiegu. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do samodzielnego wyrażenia zgody, należy uzyskać taką zgodę od osoby uprawnionej.

Jeżeli w przypadku pilnych koniecznych czynności medycznych nie można uzyskać zgody w odpowiednim czasie, można czynność przeprowadzić bez zgody, o ile jest to zgodne z przypuszczalną wolą pacjenta. W takim przypadku, mimo braku uzyskania wymaganej zgody (w kontekście kontratypu z § 228 StGB), wyłączenie bezprawności czynu następuje poprzez zastosowanie konstrukcji zgody hipotetycznej[397]. Należy zaznaczyć, że taka sterylizacji w kontekście sterylizacji nieterapeutycznej jest wykluczona. Możliwe są natomiast sytuacje, w których przy innej procedurze medycznej (np. przy dobieraniu porodu przez cesarskie cięcie) zajdzie nagła potrzeba przeprowadzenia również sterylizacji. Istotne jest wówczas rozeznanie co do przypuszczalnej woli pacjenta.

[396] B*ürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung von 2.01.2002 (BGBI. I S. 42, ber. S. 2909, 2003, S. 738), dalej cytowany jako „BGB" lub „niemiecki kodeks cywilny".*

[397] Zob. szerzej: S.S. Seiterle, *Hipotetyczna zgoda pacjenta na zabieg medyczny w niemieckim prawie karnym – skuteczny środek ograniczenia odpowiedzialności karnej*, [w:] E. Hryniewicz, M. Małolepszy (red.), *Karne aspekty spowodowania uszczerbku na zdrowiu w prawie niemieckim, polskim i austriackim*, Poznań 2013, s. 115-127.

§ 2. Sterylizacja w Austrii

Sterylizacja jest jedną z metod antykoncepcyjnych dopuszczoną do stosowania w Austrii. Jak pokazują wyniki padania zaprezentowanego przez austriackie Federalne Ministerstwo Spraw Socjalnych, Zdrowia, Opieki i Ochrony Konsumentów (niem. *Bandesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz*) najczęściej używanymi metodami antykoncepcyjnymi są w badanym kraju prezerwatywy (blisko 40% respondentów wybiera tą metodę) oraz tabletki antykoncepcyjne (niemal 33% ankietowanych). Sterylizacja jest metodą antykoncepcyjną wybieraną przez niewielki odsetek badanych. Z jej męskiej formy skorzystało 2,2% badanych. Wśród kobiet odsetek ten jest nieco niższy i wynosi 1,8%[398].

Wobec powyższego należy uznać, że jest to mało popularna metoda antykoncepcyjna. Z pewnością jest to spowodowane trwałością działania oraz inwazyjnością. Można zauważyć, że częściej niż sterylizacja stosowana jest antykoncepcja awaryjna w postaci tabletki „dzień po", którą stosowało 2,6% badanych.

Z przedstawionego przez ministerstwo raportu wynika, że koszty związane ze sterylizacją są najwyższe wśród jednostkowych cen wszystkich zestawionych ze sobą metod antykoncepcyjnych. Za sterylizację męski pacjent musi zapłacić około 900 euro, a w przypadku zabiegu przeprowadzanego na kobietach cena ta waha się od 1 400 do 2 000 euro[399].

Jeżeli jednak weźmie się pod uwagę koszty roczne związane z używaniem każdej metody okazuje się, że od wazektomii droższe są metody takie jak: srebrna lub złota spirala (100 euro przy średnim czasie używania 5 lat), plastry antykoncepcyjne (228 euro) czy też hormonalna wkładka domaciczna (100 euro rocznie przy średnim użytkowaniu przez 5 lat).

Cena wazektomii nie wydaje się więc tak wysoka przy uwzględnieniu czasu używania tej metody. Ponadto należy zważyć, że mężczyźni są płodni przez niemal całe życie, więc czas działania tej formy antykoncepcji może być zdecydowanie dłuższy niż 10 lat. Wówczas roczny koszt związany z jej stosowaniem jeszcze bardziej zmaleje. Należy zauważyć, że nawet przy wyliczaniu średnich rocznych kosztów używania poszczególnych metod, sterylizacja kobieca pozostaje jednym z najdroższych sposobów zapobiegania nieplanowanej ciąży.

Austriacki rząd zaprezentował wyniki badania dającego odpowiedzi na pytanie „używanie których metod antykoncepcyjnych lub środków antykoncepcyjnych mógłbyś

[398] Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, *Verhütungsbericht 2024, Bedarf und Versorgung mit Verhütungsmitteln in Österreich*, Wiedeń 2024, s. 50.
[399] Ibidem, s. 29-30.

rozważyć na obecnym etapie życia, gdyby antykoncepcja była bezpłatna?". Gdyby sterylizacja kobieca była nieodpłatna skorzystanie z niej rozważyłoby 10,9% ankietowanych. Podobnie odsetek ten kształtuje się w kontekście męskiej sterylizacji i wynosi 10,7% odpowiedzi. Oznacza to, że gdyby nie wysoka cena zabiegu skorzystanie z niego rozważyłoby ponad cztery razy więcej osób niż aktualnie z niego korzysta[400].

Sterylizacja nie jest więc szczególnie popularną metodą antykoncepcyjną również w Austrii, gdzie jest ona dopuszczalna. Można podejrzewać, że korzysta z niej co dwudziesty przedstawiciel społeczeństwa. Jak pokazują wyniki badania zaprezentowane powyżej, liczba ta mogłaby wzrosnąć niemal czterokrotnie, gdyby zabieg był dla pacjenta bezpłatny.

Przechodząc do kwestii prawnych, należy stwierdzić, że prawo austriackie zezwala na zabieg sterylizacji antykoncepcyjnej za zgodą pacjenta, jeżeli ukończył on dwadzieścia pięć lat lub też zabieg nie narusza dobrych obyczajów z innych powodów. Reguluje to § 90 ust. 2 ustawy federalnej z dnia 23 stycznia 1974 roku o czynach karalnych przez sąd[401]. Jest to *lex specialis* wobec przestępstwa ciężkiego uszczerbku na zdrowiu stypizowanego w § 85 tj. ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Regulacja ciężkiego uszczerbku na zdrowiu kształtuje się podobnie do polskiej regulacji. Przywołany przepis znajduje się w części szczegółowej austriackiego kodeksu karnego, sekcji pierwszej, wyodrębnionej jako przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. Zgodnie z § 85 ust. 1 öStGB ciężki uszczerbek na zdroju (niem. *Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen*) polega na wywołaniu określonego skutku, który jest trwały lub utrzymuje się przez długi czas. Znamionami skutkowymi tego czynu jest wywołanie u drugiej osoby:

1. utraty lub poważnego uszkodzenia mowy, wzroku, słuchu lub zdolności do reprodukcji,
2. znacznego okaleczenia lub widocznego oszpecenia,
3. okaleczenia lub uszkodzenia narządów płciowych, które może spowodować trwałe upośledzenie doznań seksualnych[402],
4. ciężkiego kalectwa lub niezdolności.

Czyn ten jest zagrożony karą od sześciu miesięcy do pięciu lat pozbawienia wolności.

[400] Ibidem, s. 60.
[401] Ustawa federalna z dnia 23 stycznia 1974 roku o czynach karalnych przez sąd (Kodeks karny – StGB) [org. *Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen* (*Strafgesetzbuch* – StGB)] StF: BGBI. Nr 60/1974, dalej cytowana jako "austriacki kodeks karny" lub "öStGB".
[402] Jest to regulacja zbliżona do tej z art. 156 § 1 pkt 3 polskiego Kodeksu karnego dotyczącego wycięcia, infibulacji lub innego trwałego i istotnego okaleczenia żeńskiego narządu płciowego.

Wyłączenie bezprawności sprawcy w kontekście opisywanego przepisu zostało uregulowane w § 90 öStGB. Zgodnie z ust. 1 przytoczonego przepisu uszkodzenie ciała nie jest bezprawne, jeżeli osoba poszkodowana wyrazi na to zgodę, a uszkodzenie ciała nie jest sprzeczne z dobrymi obyczajami. Jest to więc ustanowienie kontratypu zgody.

Wprost do zabiegu sterylizacji odnosi się regulacja z § 90 ust. 2 öStGB, stanowiąc, że sterylizacja przeprowadzona przez lekarza na osobie za jej zgodą nie jest niezgodna z prawem, jeżeli osoba ta osiągnęła już wiek dwudziestu pięciu lat lub procedura nie jest sprzeczna z moralnością publiczną z innych powodów. Oznacza to, że austriacki ustawodawca obok kontratypu zgody (§ 90 ust. 1 öStGB) wprost wprowadza kontratyp sterylizacji (§ 90 ust. 2 öStGB).

Jednocześnie warto zaznaczyć, że zgoda pokrzywdzonego nie może być wyrażona względem znamienia dotyczącego okaleczenia lub uszkodzenia narządów płciowych w taki sposób, że powoduje to trale upośledzenie doznań seksualnych. Zgodę taką należy uznać za nieważną, co powoduje, że taki czyn, nawet mimo zgody pokrzywdzonego, wciąż będzie bezprawny. Taki wyjątek od kontratypu zgody został przewidziany w dyspozycji § 90 ust. 3 öStGB. Oznacza to jednocześnie, że ustawodawca przesądza, że czyn taki oraz zgoda na niego są niezgodne dobrymi obyczajami czy moralnością publiczną.

Przywołany przepis w paragrafie pierwszym odnosi się więc do zdecydowanie większej liczby stanów faktycznych niż jedynie sterylizacja. Zgodnie z dyspozycją przywołanej regulacji przedmiotem zgody może być mniej lub bardziej ryzykowny czyn sprawcy, narażający drugiego człowieka (w tym kontekście przedmiot czynności sprawczej) na niebezpieczeństwo. Jeżeli zgoda ofiary jest skuteczna wówczas czyn sprawcy nie jest bezprawny nawet jeżeli ofiara odniesie wskutek niego obrażenia[403].

Wyrażona zgoda jest skuteczna jedynie w sytuacji, gdy ofiara jest w stanie zrozumieć swoją sytuację oraz konsekwencje takiej zgody. Nie oznacza to wyłączenia z tej reguły osób małoletnich czy pozostających pod wpływem alkoholu – należy jednak zbadać, jakie rozeznanie mają w danej sytuacji. Bowiem, jak wskazuje się w literaturze, trzynastoletni chłopiec, jeżeli pozwala na to stopień jego dojrzałości oraz zostanie właściwie poinformowany o możliwych skutkach może zgodzić się na pobranie od niego nerki w celu ratowania życia członka jego rodziny[404].

[403] Ch. Bertel, K. Schwaighofer, *Österreichisches Strafrecht. Besonderer Teil 1. §§ 75 bis 168 b StGB, 12. Vollständig überarbeitete Auflage von K. Schwaighofer,* A. Venier, Wien 2012, s. 53.
[404] Ibidem, s. 54.

Zgoda ofiary wyrażona jest w formie oświadczenia woli. Sama wewnętrzna zgoda, bez uzewnętrznienia jej w sposób widoczny, nie może stanowić zwolnienia sprawcy z odpowiedzialności karnej. Zauważa się natomiast, że zgoda nie musi spełniać warunków czynności prawnej i może być wyrażona wprost oraz w sposób dorozumiany. Zaleca się jednak szczególną ostrożność w kontekście zgody wyrażonej w sposób dorozumiany. Przy ocenie takiej zgody należałoby brać pod uwagę wszystkie okoliczności sytuacji oraz działania osoby zainteresowanej, które nie dają żadnego uzasadnionego powodu, aby wątpić w ich intencję jako świadomą akceptację urazu lub jego zagrożenia[405].

W myśl opisywanej regulacji zgoda wyłącza bezprawność, jeżeli czyn, który niesie ze sobą niebezpieczeństwo dla ofiary nie jest sprzeczny z dobrymi obyczajami. Przy ocenie dopuszczalności czynu w tym kontekście należy wziąć pod uwagę zarówno stopień niebezpieczeństwa grożącego ofierze, jak i cel jakiemu czyn ma służyć. Bez wątpienia taką sytuacją będzie ta opisana powyżej, tj. narażenie na niebezpieczeństwo przy transplantacji organów w celu ratowania życia innej osoby. W literaturze podaje się również, że z ochrony tego przepisu korzystają uprawiające sporty ekstremalne. Wobec tego nie poniesie odpowiedzialności karnej organizator spływu tratwą, jeżeli podczas takiej czynności zginie uczestnik, który wyraził zgodę na uczestnictwo w tym[406].

Powyższa kwestia jest szczególnie istotna w zrozumieniu funkcji § 90 ust. 2 öStGB opisywanego przepisu. Przepis dotyczący sterylizacji jest bowiem *lex specialis* wobec § 85 öStGB. Celem tej regulacji było umożliwienie przeprowadzania sterylizacji dla celów antykoncepcyjnych. Uznawano bowiem, że sterylizacja stosowana jako metoda antykoncepcyjna narusza dobre obyczaje, co wyklucza jej depenalizację na podstawie § 90 ust. 1 öStGB[407].

W literaturze zauważa się, że moralność na przestrzeni lat ulega zmianie i aktualnie dobrowolna sterylizacja nie jest uznawana za niemoralną. Zdaje się jednak, że wyraźne legislacyjne przyzwolenie na zabieg z celów antykoncepcyjnych wydaje się zasadne z uwagi na sytuację demograficzną. Ktoś mógłby bowiem uzasadniać, że z uwagi na malejącą dzietność nie powinno się uznawać za antykoncepcyjnej sterylizacji z zgodną z dobryi obyczajami. Dopuszczenie takiego zabiegu wprost w opisywanej regulacji wklucza tego typu dyskusje[408].

---

[405] M. Burgstaller, H. Sch*ütz, § 90* [w:] F. H*öpfel,* E Ratz, *Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch*, Wien 2004, s. 13.
[406] Ch. Bertel, K. Schwaighofer, op. cit., s. 54.
[407] E. Foregger, E.E. Fabrizy, Strafgesetzbuch StGB samt ausgewählten Nebengesetzen. Kurzkommentar mit einer Einf*ührung und Anmerkungen unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes und des Schrifttums, Wien 2006, s. 299.*
[408] Ibidem, s. 298-299.

Wobec tego zabieg legalność zabiegu sterylizacji kształtuje się w różny sposób w zależności od jego celu. Gdy zabieg wykonywany jest ze względów medycznych mógłby być dopuszczalny już na gruncie § 90 ust. 1 öStGB – nastawienie na ratowanie życia lub zdrowia jest celem moralnie uzasadnionym i zgodnym z powszechnie pojmowaną moralnością. W takim przypadku zgoda pacjenta powoduje, że czyn lekarza nie jest bezprawny[409].

Na podstawie tego przepisu nie byłoby możliwe jednak uznanie za legalne przeprowadzenie sterylizacji antykoncepcyjnej. W roku wprowadzani ustawy tj. 1974 uznawano, że taki zabieg jest sprzeczny z dobrymi obyczajami. Zezwolono jednak na jego przeprowadzanie na podstawie § 90 ust. 2 öStGB. Na mocy przytoczonej regulacji zabieg jest legalny, jeżeli jest prowadzony przez lekarza oraz wyrazi na niego zgodę pacjent, który ukończył 25. rok życia. Tym samym należy uznać, że austriacki ustawodawcza uznawał, że sterylizacja osób poniżej tego wieku jest na tyle sprzeczna z dobrymi obyczajami, że nie można pozwolić na jej zalegalizowanie[410]. Ustanowiona granica wieku powstała w sposób niejako autorytarny i uznaniowy – budzi powiem kontrowersje, dlaczego jedna metoda ma być moralna po ukończeniu określonego wieku, a nie moralna przed jego ukończeniem[411].

Zauważa się, że możliwe jest przeprowadzenie sterylizacji na osobie w wieku poniżej 25 lat, lecz wyłącznie przy określonych wskazaniach medycznych. Przyjmuje się, że skuteczna będzie zgoda kobiety, która ukończyła 18 lat, lecz nie ukończyła 25 lat jeżeli zachodzi obawa, że ciąża lub narodziny dziecka czy też stres związany z jego wychowaniem mógłby doprowadzić do znacznych szkód w zdrowiu danej kobiety. Natomiast nie jest dopuszczalne uznanie takiej zgody, jeżeli ma ona podłoże wyłącznie społeczne, bez dodatkowego elementu zdrowotnego[412].

Ustawodawca zastrzegł jednak, że zabieg ten nie może być sprzeczny z moralnością z innych powodów. Wskazuje się, że sprzeczna z dobrymi obyczajami byłaby sterylizacja ze względu na przemijające trudności ekonomiczne[413].

Należy jednak rozważyć, jak wobec takiego faktu kształtuje się autonomia woli człowieka. Może niekiedy wiązać się to z trudnością w ocenie czy zabieg jest w myśl przytoczonej regulacji legalny czy też nie.

Warto rozważyć kwestię sprzeczności z dobrymi obyczajami wobec osób, które zmagają się z różnego rodzaju zaburzeniami, w tym tymi dziedzicznymi. W literaturze podaje

[409] Ibidem, s. 299.
[410] Ibidem.
[411] M. Burgstaller, H. Sch*ütz, op.cit., s. 67.*
[412] Ibidem.
[413] E. Foregger, E. E. Fabrizy, op. cit., s. 299.

się, że nawet jeżeli nie ma obaw o przenoszenie chorób poprzez dziedziczenie, nie jest sprzeczna z dobrymi obyczajami sterylizacja osoby upośledzonej umysłowo w znacznym stopniu, sama wymaga opieki i nie jest w stanie opiekować się dziećmi ani ich wychowywać[414].

Zgodnie z dyspozycją § 90 ust. 3 öStGB nie można wyrazić zgody na okaleczenia lub uszkodzenia narządów płciowych, które może spowodować trwałe upośledzenie doznań seksualnych. Celem wprowadzenia takiej regulacji było wyraźne zaznaczenie, że praktyki takie jak okaleczanie żeńskich narządów płciowych polegające na częściowym lub całkowitym usunięciu zewnętrznych żeńskich narządów płciowych, które dokonywane są ze względów kulturowych, nie mogą zostać uznane za legalne, nawet jeżeli ofiara wyrazi na nie zgodę[415].

Zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia procedury nazywane okaleczeniami żeńskich narządów płciowych (ang. *female genital mutilation)* nie przynoszą zdrowotnych korzyści oraz powodują negatywne konsekwencje w postaci silnego krwawienia, problemów z oddawaniem moczu, niepłodność, infekcje, powikłania okołoporodowe oraz zwiększone ryzyko śmierci nowonarodzonych dzieci. Szacuje się, że obecnie ponad 125 milionów kobiet i dziewcząt zostało ofiarami takich praktyk – głównie w Afryce oraz na Bliskim i Dalekim Wschodzie[416]. Okaleczanie tego typu nie jest bezpośrednio związane z żadną religią. Można spotkać tego typu praktyki wśród wyznawców islamu.

Mimo, że celem wprowadzenia regulacji było ograniczenie wspomnianych praktyk na kobietach, to przytoczony przepis jest płciowo neutralny. Zakres jego zastosowania obejmuje również okaleczenia prącia czy też kastracji nieterapeutycznej polegającej na usunięciu jąder. Przepis ten nie dotyczy jednak obrzezania penisa, bowiem zabieg ten nie wywołuje skutków w nim opisanych tj. spowodowania trwałego upośledzenia doznań seksualnych[417].

Przy wyrażaniu zgody na zabieg sterylizacji ze względów antykoncepcyjnych nie jest wymagana zgoda małżonka. Zaleca się jednak, aby decyzja taka była podejmowana przy udziale drugiego małżonka – ingeruje ona znacząco w życie rodzinne oraz wiąże się ze zmianami, które są trudno odwracalne. Część doktryny jest zdania, że sterylizacja bez zgody drugiego małżonka, jako odmowa prokreacji może stanowić podstawę do rozwodu przed wystąpieniem całkowitego i zupełnego rozkładu pożycia[418].

---

[414] Ibidem.
[415] M. Burgstaller, H. Schütz, *op. cit., s. 69.*
[416] *Female genital mutilation (FGM), WHO,* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112328/WHO_RHR_14.12_eng.pdf [dostęp: 26.08.2024].
[417] Ibidem.
[418] *Sterilisation der Frau,* https://www.gesundheit.gv.at/leben/sexualitaet/verhuetung/verhuetungsmittel-methoden/sterilisation-frau.html [dostęp: 24.08.2024]

§ 3. Sterylizacja w Norwegii

W Norwegii tworzone są oficjalne raporty dotyczące przeprowadzania zabiegu sterylizacji. Daje to możliwość precyzyjnego zobrazowania jak kształtuje się popularność tego zabiegu w tym kraju. Są to dokładne liczby, co umożliwia głębsza analizę niż jest możliwa przy innych metodach badawczych jak np. badaniach ankietowych.

W raporcie za lata 2018-2020 zauważa się tendencję spadkową wykonywania takich zabiegów, zarówno dotyczących mężczyzn, jak i kobiet. Poniżej zawarto informacje odnośnie liczby kobiet sterylizowanych w 2020 roku [419]

- w sumie w Norwegii zabiegowi poddało się 803 (924, 955) kobiet, z czego 495 (494, 567) było przeprowadzonych przy okazji porodu,
- łącznie 7 (9, 12) kobiet w wieku poniżej 25 lat podało się temu zabiegowi,
- najwięcej wysterylizowanych kobiet, które poddał się sterylizacji było w grupie wiekowej 35-39 lat 86 (308, 350), nieco mniej w grupie 30-34 lata – 226 (276, 286).

Popularność tego zabiegu wśród mężczyzn była nieznacznie większa. Liczba mężczyzn wysterylizowanych w 2020 r.[420] była następująca:

- ogółem było to 863 zabiegów (1100, 1166),
- w każdym z lat w raporcie wykonano około 5 zabiegów na mężczyznach poniżej 25 roku życia,
- najwięcej wazektomii miało miejsce w grupie wiekowej 35-39 lat – 246 (323, 347), następnie w grupie 40-44 lata – 193 (260, 260)[421].

Analizę statusu prawnego zabiegu sterylizacji w Norwegii postanowiono rozpocząć od przyjrzenia się regulacji dotyczącej penalizacji ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Przestępstwo to jest stypizowane w § 274 norweskiego kodeksu karnego tj. ustawy nr 28 z dnia 20 maja 2005 r.[422].

[419] W nawiasach podano dane za 2019 i za 2018 rok.
[420] W nawiasach podano dane za 2019 i za 2018 rok.
[421] Status på steriliseringsfeltet – rapport fra Steriliseringsrådet for perioden 2018-2020, https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/status-pa-steriliseringsfeltet--rapport-fra-steriliseringsradet-for-perioden-2018-2020/sammendrag [dostęp: 1.09.2024].
[422] Norweski kodeks karny (*Straffeloven*) ustawa z dnia 20 maja 2005 r., opublikowana w *Norsk Lovtidend*, dalej cytowana jako „norweski kodeks karny" lub „NKK.". Kodeks karny został uchwalony 20 maja 2005 roku, ale wszedł w życie dopiero 1 października 2015 roku. Powodem, dla którego wprowadzenie ustawy w życie zajęło tak dużo czasu, była konieczność wprowadzenia zmian w systemach informatycznych policji. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28 [dostęp: 30.08. 2024].

Przywołany przepis penalizuje spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (norw. *Grov kroppsskade*) nie definiując jakie skutki działania sprawcy są uznawane za takowy. Należy więc stwierdzić, że w przeciwieństwie do regulacji polskiej, niemieckiej czy austriackiej przepis ten nie odnosi się bezpośrednio do pozbawienia człowieka zdolności płodzenia. Norweski ustawodawca jedynie lakonicznie wskazuje, że poważne uszkodzenia ciała karane jest karą pozbawienia wolności do lat 10. Przy ocenie czy uszkodzenie ciała jest poważne (czy podlega pod tę regulację), należy w szczególności wziąć pod uwagę, czy spowodowano nieuleczalną wadę lub uszkodzenie, chorobę lub niezdolność do pracy przez pewien czas lub silny ból czy śmierć – tym samym typizuje typ podstawowy tego przestępstwa.

Przepis odnosi się do uszkodzenia ciała, które jest nieuleczalne, czy też nieodwracalne. W literaturze podaje się w tym kontekście przykład odnoszący się do utraty zębów - wybicie zęba mlecznego dziecku nie będzie uchodziło za nieodwracalne bowiem na jego miejsce wyrośnie nowy ząb. Tę cechę (nieodwracalności) będzie miało za to usunięcie zęba dorosłemu, mimo, że na jego miejsce możliwe jest wstawienie sztucznego implantu. Chodzi zatem o taki stan, który jest nieodwracalny bez ingerencji lekarza[423].

Innym przykładem ciężkiego uszczerbku na zdrowiu z cechą nieuleczalności może być tzw. zespół dziecka potrząsanego (ang. *shaken baby syndrome*) tj. forma urazu mózgu spowodowana gwałtownym potrząsaniem niemowlęcia lub małego dziecka. Mózg niemowlęcia jest niezwykle delikatny, dlatego wskutek silnego wstrząsu może doznać trwałych uszkodzeń[424].

Wprawdzie nie zostało to wskazane wprost w przepisie, lecz gama zachowań wypełniających znamiona czynu z § 274 NKK będzie zbliżona do regulacji niemieckiej, austriackiej czy polskiej. Będą to wiec działania, których skutkiem jest doprowadzenie ofiary do utraty wzroku, słuchu lub mowy, czy też uszkodzenie organów wewnętrznych.

Jak zostało wspomniane powyżej jednym ze znamion skutkowych opisywanego przestępstwa może być śmierć ofiary. W literaturze podkreśla się jednak, że aby czyn mógł być zakwalifikowany jako spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (§ 274 NKK) skutek w postaci śmierci powinien być nieumyślny. Mamy tu więc przykład konstrukcji winy mieszanej, gdzie działanie sprawcy jest umyślne, lecz skutek w postaci śmierci ma cechę nieumyślności[425].

[423] *Det juridske fakulter, Grov vold mot barn. Anvendelsen av straffeloven (1902) § 229 og straffeloven (2005) §§ 273 og 274*, 2016, s. 22.
[424] Ibidem.
[425] Ibidem, s. 24.

Ponadto § 274 NKK przy ocenie zachowania sprawcy czyn ten:

- miał miejsce bez powodu i miał charakter napaści,
- został popełniony wobec osoby bezbronnej,
- miał charakter znęcania się,
- został popełniony przez kilka osób wspólnie,
- był motywowany kolorem skóry, pochodzeniem narodowym lub etnicznym, religią, światopoglądem, orientacją seksualną, tożsamością płciową lub wyrażaniem płci, czy też niepełnosprawnością ofiary,
- został popełniony przy użyciu noża lub innego szczególnie niebezpiecznego narzędzia.

Jest to więc wskazanie na motywację sprawcy, która powinna być brana pod uwagę przy zakwalifikowaniu zachowania sprawcy jako przestępstwa z § 274 NKK. Również w tym przepisie przewidziano typ kwalifikowany przestępstwa zagrożony karą pozbawienia wolności do lat 15. Przesłanką kwalifikująca jest spowodowanie znacznej szkody na ciele lub zdrowiu innej osoby.

Analizując przywołany przepis, można wskazać, że norweski ustawodawca pozostawił sporą swobodę do interpretacji, jakie zachowanie wypełnia znamiona opisywanego przestępstwa.

W norweskim kodeks karnym, podobnie jak w odpowiedniku tej ustawy karnej w Austrii i Niemczech, wprowadzono przepis ugruntowujący w systemie prawnym kontratyp zgody. Zgodnie z § 276 nie podlega karze osoba, której zachowanie wypełnia znamiona naruszenia nietykalności (§ 271 NKK[426]), średniego uszczerbku na zdrowiu (§ 272 NKK[427]), uszkodzenia ciała (§ 273 NKK[428]) oraz ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w typie podstawowym (§ 274 NKK), jeżeli osoba, wobec której czyn został podjęty wyrazi na niego zgodę.

[426] § 271 NKK (norw. *Kroppskrenkelse*) – przepis penalizuje przemoc wobec innej osoby lub znęcanie się nad osobą fizycznie w inny sposób. Czyn taki podlega karze do roku pozbawienia wolności. Naruszenie nietykalności cielesnej może pozostać bezkarne, jeżeli jest odwzajemnieniem naruszenia nietykalności cielesnej lub uszkadzania ciała albo jeżeli stanowi odpowiedz na wcześniejsze naruszenie nietykalności cielesnej, uszkodzenia ciała lub szczególnie prowokujących wypowiedzi.

[427] § 272 NKK (norw. *Grov Kroppskrenkelse*) – przepis penalizuje zachowanie polegające na spowodowaniu uszkodzenia ciała związanego z silnym bólem, obrażeniami lub nawet śmiercią ofiary. Przepis został skonstruowany podobnie jak § 274 NKK – również wskazuje na znamiona motywacyjne wskazując je identycznie jak przy przywołany przepisie. Jest zagrożony karą niższą niż czyn z § 274 NKK, bo do 6 lat pozbawienia wolności. Ponadto wyłączenie karalności przewidziane przy przestępstwie naruszenia nietykalności cielesnej stosuje się do sprawcy tego czynu odpowiednio (patrz przypis wyżej).

[428] § 273 NKK (norw. *Kroppsskade*) – *przepis penalizuje zachowanie polegające na uszkodzeniu ciała lub zdrowia innej osoby, czyniąc ją bezsilną lub wywołując u niej stan nieświadomości, omdlenia lub podobny stan.*

W norweskim kodeksie karnym nie ma więc przepisu wprost odnoszącego się do zabiegu sterylizacji. Można natomiast uznać, że trwałe pozbawienie kogoś zdolności płodzenia prawdopodobnie wypełnia znamiona § 274 NKK. Chodzi bowiem o stan, który wiąże się z utratą naturalnych funkcji organizmu oraz nie ustanie bez ingerencji lekarza – przywrócenie płodności może odbyć się poprzez zabieg mający na celu odwrócenie skutków sterylizacji. Z pewnością zatem osoba dokonująca sterylizacji przymusowej tj. bez zgody pacjenta może ponosić odpowiedzialność na gruncie opisywanej regulacji prawnokarnej.

Należy zauważyć, że w kontekście dobrowolnej sterylizacji nie ma potrzeby rozważania czy sprawca (lekarz) korzysta z kontratypu zgody dysponenta dobrem z § 726 NKK. W Norwegii obowiązuje bowiem odrębna ustawa regulująca status prawny tego zabiegu – ustawa z dnia 3 czerwca 1977 roku o sterylizacji (norw. *Steriliseringsloven*)[429].

Ustawa uchwalona w 1977 roku miała być odpowiedzią na rosnącą w społeczeństwie świadomość w kwestii praw człowieka oraz autonomii jednostki. Wcześniejsze regulacje prawne pochodzące z lat 30. XX wieku były częścią realizacji polityki eugenicznej, która miała na celu ograniczenie prokreacji osób uznawanych za „niewłaściwe". Aktualnie obowiązująca ustawa uwzględnia prawa jednostki oraz kładzie nacisk na dobrowolność w zakresie decyzji o poddaniu się temu zabiegowi.

Przywołana ustawa nie dotyczy jednak wyłącznie zabiegu sterylizacji. W §1 określony został zakres przedmiotowy regulacji i wskazano, że ustawa dotyczy operacji lub innej ingerencji mających pozbawić człowieka zdolności płodzenia (sterylizacja) lub popędu płciowego (kastracja). Podkreślono ponadto, że przepisy ustawy nie mają zastosowania do zabiegów nastawionych na cel leczniczy, które są zgodne z prawem na mocy innych przepisów.

Zgodnie z § 2 ustawy o sterylizacji zabiegowi temu może poddać się osoba, która ukończyła 25 lat oraz mieszka na terenie kraju (Norwegii). Sterylizacji może być wykonana wyłącznie na żądanie takie osoby. Przepis ten nie dotyczy jednak osób cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne, osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz z upośledzeniem umysłowym, dlatego że nie byłby one w stanie podjąć wyrazić w pełni świadomej zgody.

Norweski ustawodawca postawił więc arbitralną granicę 25 lat jako wiek możliwości wyrażenia zgody na zabieg ubezpłodnienia. Jest to o siedem lat więcej niż wiek pełnoletniości w tym kraju. Z dokumentów związanych z procedowaniem ustawy o sterylizacji wynika, że

[429] *Steriliseringsloven* [Ustawa o sterylizacji] z 3 czerwca 1977 r., Nr 57., dalej cytowana jako ustawa o sterylizacji.

lekarz przeprowadzający zabieg powinien się upewnić, czy pacjent rozumie znaczenie tej procedury medycznej[430]. Można więc wnioskować, że ustawodawca uznał, że dopiero po przekroczeniu tej granicy wiekowej osoba jest na tyle dojrzała, aby mogła w pełni zrozumieć znaczenie zabiegu oraz jego konsekwencje.

Regulacja ta nie ma charakteru absolutnego, bowiem przewidziane są od niej wyjątki. Osoba zamieszkująca na terenie Norwegii, która nie spełnia ustawowych wymagań, może złożyć wniosek o sterylizację i uzyskać na nią zgodę, jeżeli:

- ciąża i poród mogą nieść ze sobą zagrożenie dla życia kobiety, jej zdrowia fizycznego bądź psychicznego,
- potencjalna opieka nad dziećmi może postawić wnioskodawcę w szczególnie trudnej sytuacji życiowej,
- istnieje ryzyko, że dzieci wnioskodawcy mogą cierpieć na poważne choroby lub wady ze względu na dziedziczne predyspozycje,
- wnioskodawca nie będzie w stanie zapewnić należytej opieki dzieciom ze względu na zaburzenia psychiczne, upędzenie umysłowe lub osłabienie.

W powyższych przypadkach może być zatem przeprowadzony zabieg sterylizacji, nawet jeżeli pacjent nie ukończył 25 lat.

Ustawa stanowi, że osoby poniżej 18 roku życia nie mogą być dopuszczone do tego zabiegu, chyba że istnieją szczególnie istotne powody (§ 3 ustawy o sterylizacji). Jeżeli osoba ma mniej niż 18 lat czy też cierp na zaburzenia psychiczne, poważne upośledzenie umysłowe przy składaniu wniosku o poddanie się zabiegowi wymagana jest zgoda opiekuna prawnego. Istnieje również prawna możliwość złożenia wniosku przez opiekuna prawnego w imieniu osoby poważnie zaburzonej psychicznie lub pośledzonej umysłowo, jeżeli jej stanie po pozwala samodzielnie podjęć decyzji o zabiegu, a poprawa tego staniu nie jest z spodziewana medycznego punktu widzenia.

Pacjent może poddać się zabiegowi sterylizacji, jeżeli uzyska pozytywną decyzję Komisji ds. Sterylizacji. Wniosek o poddaniu się zabiegowi można złożyć do lekarza lub bezpośrednio do komisji. W sytuacji, gdy Komisja wyrazi zgodę na zabieg powinna skierować pacjenta do lekarza lub szpitala, gdzie może zostać on wykonany.

[430] *Steriliseringsloven med kommentarer*, https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/steriliseringsloven-med-kommentarer/sterilisering#paragraf-2-alminnelige-vilkar-for-sterilisering [dostęp: 01.09.2024]

Podkreślenia wymaga, że Komisja wyraża zgodę na zabieg w stosunku do osób, które mogą obarczyć potomstwo chorobami dziedzicznymi lub gdy nie będzie w stanie zapewnić należytej opieki dzieciom ze względu na zaburzenia psychiczne, upędzenie umysłowe lub osłabienie jedynie wtedy, gdy jest na najlepsza metoda zapobiegania ciąży dla tej osoby.

Komisja ds. Sterylizacji działa w każdym okręgu administracyjnym Norwegii (norw. *fylke*). W skład Komisji wchodzi gubernator (norw. *statsforvalteren)* lub osoba przez niego wyznaczona jako przewodniczący oraz dwóch innych członków, którzy są powoływani przez Króla. Zaznacza się, że w skład komisji powinna wchodzić co najmniej jedna kobieta[431].

Od Komisji ds. Sterylizacji należy odróżnić Radę ds. Sterylizacji, która jest organem ogólnokrajowym. Pełni ona m.in. rolę instancji odwoławczej w przypadku odrzucenia wniosku o sterylizację przez Komisję. Zadaniem Rady jest podejmowanie działań zmierzających do zapewnienia jednolitego stosowania przepisów ustawy o sterylizacji. Ponadto ma obowiązek sporządzania oraz publikowania raportów dotyczących wykonywania tego zabiegu[432].

Norweska regulacja prawna zabiegu sterylizacji jest więc szczególna w stosunku do wcześniej opisywanych modeli. Można zauważyć, że ustawa o sterylizacji zezwala na wykonanie zabiegu po wyrażeniu zgody przez Komisję ds. Sterylizacji. Działanie lekarza w myśl tych przepisów jest więc pierwotnie legalne i nie wymaga wyłączenia bezprawności przy użyciu konstrukcji kontratypu.

Prawo zezwala więc na przeprowadzenie zabiegu sterylizacji, co do zasady, wobec osoby która ukończyła 25 lat, jej stan psychiczny pozwala na świadome podjęcie decyzji o zabiegu, a sam zabieg przeprowadzany jest na jej żądanie. Zadaniem Komisji ds. sterylizacji, która wyraża zgodę na zabieg, jest sprawdzenie czy wnioskodawca spełni a ustawowe przesłanki zezwalające na poddanie się temu zabiegowi. Zauważa się, że ustawa o sterylizacji odnosi się wyłącznie do osób mieszkających na stałe w Norwegii, lecz osoby spoza tego państwa mogą złożyć wniosek o możliwość poddania się zabiegowi. Wniosek należy kierować do Rady ds. sterylizacji[433].

---

[431] *Helsedirektoratet (2018). § 6. Steriliseringsråd og steriliseringsnemnd [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 22. november 2018*, https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/steriliseringsloven-med-kommentarer/sterilisering/6-steriliseringsrad-og-steriliseringsnemnd, [dostęp: 1.09.2024].

[432] Ibidem.

[433] *Steriliseringsloven med kommentarer*, https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/steriliseringsloven-med-kommentarer/sterilisering#paragraf-2-alminnelige-vilkar-for-sterilisering [dostęp: 01.09.2024]

Rozdział VI
Postawy społeczne wobec sterylizacji

§ 1. Metodyka badań

W niniejszym rozdziale dokonano analizy wyników badań przeprowadzonych przez fundację CBOS[434] na temat opinii Polaków o dopuszczalności dobrowolnej sterylizacji oraz dokonano ich podsumowania.

W kwietniu 2002 roku fundacja CBOS przeprowadziła badanie „Aktualne problemy i wydarzenia", w którym przy okazji badania opinii na temat m.in. odpłatności za pigułki antykoncepcyjne dla kobiet, zapytano również o oceny zabiegu dobrowolnej sterylizacji[435]. Badanie zostało przeprowadzone w dniach 5-8 kwietnia 2002 roku na reprezentatywnej próbie losowo-adresowej dorosłych mieszkańców Polski. W badaniu udział wzięło 1044 respondentów.

Zadane pytanie brzmiało: „jedną z metod planowania rodziny i zapobiegania niepożądanej ciąży, stosowaną w świecie, jest dobrowolna sterylizacja – jako metoda zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna być?".

Podczas analizy dostępnych danych podjęto starania mające na celu wykrycie związków przyczynowo-skutkowych występujących między poszczególnymi zjawiskami. Ustalono także zakres korelacji występujących między odpowiedziami respondentów a deklarowanymi przez nich poglądami politycznymi czy też częstotliwością uczestnictwa w praktykach religijnych.

Na potrzeby niniejszej dysertacji zlecono ponowne wykonanie tego badania fundacji CBOS. Porównanie wyników ukaże, czy w opinii ogółu społeczeństwa polskiego na przestrzeni ponad 20 lat zaszła jakaś zmiana w stosunku do tej formy antykoncepcji.

Oba badania zostały przeprowadzone metodą CATI (ang. *computer-assisted telephone interviewing*). CATI jest metodą badań w socjologii, która polega na przeprowadzaniu przez ankietera wywiadu za pośrednictwem telefonu, według ustalonego wcześniej skryptu rozmowy.

[434] Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej działa od 1982 roku, zaś od początku lat 90. XX wieku co miesiąc realizuje badania przeglądowe oraz udostępnia ich wyniki.
[435] Centrum Badania Opinii Społecznej, *Opinie o dobrowolnej sterylizacji*, sygn. BS/79/2002, Warszawa 2002, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2002/K_079_02.PDF [Dostęp 01.09.2024].

Jest to jedna z najtańszych i zarazem najbardziej efektywnych form badań ilościowych. Badanie było przeprowadzane w systemie *omnibus survey, co* oznacza, że pytanie było zadawane respondentom wśród innych pytań, zbliżonych tematycznie.

Badanie sondażowe daje możliwość zbadania opinii dużej liczby przedstawicieli danej populacji. Stwarza możliwość zdobycia informacji na temat postaw i poglądów zbiorowości, która jest zbyt duża, aby można było zrobić to za pomocą obserwacji bezpośredniej. W tego typu badaniach duże znaczenie ma dobór reprezentatywnej próby badawczej. Dlatego też postanowiono, aby zlecić wykonanie badania w roku 2024 roku również fundacji CBOS, która ma ugruntowaną pozycję na rynku i zajmuje się tego typu badaniami od bardzo wielu lat.

W. Derczyński, pracownik CBOS, który opracował wyniki przywoływanego badania z 2002 r., stwierdza: „W Polsce poddanie się dobrowolnej sterylizacji nie jest legalnie możliwe, ponieważ jest ona traktowana jako ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci pozbawienia kogoś możliwości płodzenia (art. 156 § 1, pkt 1 kodeksu karnego). Wyjątkiem jest sterylizacja uzasadniona względami czysto medycznymi". Przywołany fragment ukazuje jakie było przekonanie o legalnym statusie tego zabiegu w 2002 roku Autor badania słusznie zauważa, że wielu uczestnikom badania zabieg ten może kojarzyć się z historycznym postępowaniem m.in. nazistów czy też bardziej aktualnymi przypadkami przymusowej sterylizacji budzącej wątpliwości natury etycznej[436].

Z uwagi na fakt, że od badania, które przeprowadziło CBOS minęło ponad 20 lat zasadne było zlecenie powtórnego badania. Początkowo planowano, aby zadane pytanie brzmiało identycznie jak to zadane w 2002 roku Było to motywowane chęcią uzyskania wyników badań, które pokażą, jak zmieniała się opinia Polaków na temat sterylizacji z uniknięciem różnic, które mogłyby wynikać z przekształcenia pytania. W trakcie zamawiania badania przystano jednak na propozycję ekspertki z ramienia fundacji, aby pytanie lekko zmodyfikować. Nowe pytanie miało być krótsze i nie zawierać zdania wstępu o tym, że sterylizacja w niektórych państwach jest używana jako metoda antykoncepcyjna. Uzasadnieniem tego jest fakt, że świadomość Polaków o metodach antykoncepcyjnych zdecydowanie wzrosła i o ile może w 2002 roku należało zaznaczyć, że sterylizacja może służyć dobrowolnemu zapobieganiu ciąży, to aktualnie ludzie są już przeważnie świadomi takich praktyk.

[436] Przywołane skojarzenia mimo upływu lat wciąż zdają się aktualne. W powszechnej opinii słowo „sterylizacja" nie jest kojarzone dobrze – najczęściej jest łączone z nazistowskimi metodami bądź zabiegiem wykonywanym u zwierząt (przeważnie psów i kotów). Wydaje się, że z tego względu najczęściej zamiast zwrotu „sterylizacja mężczyzn" używa się powszechnie słowa „wazektomia", które nie budzi takich konotacji.

Ponadto uznano za zasadne zbadanie opinii Polaków na temat sterylizacji z rozróżnieniem płci osoby, która poddaje się zabiegowi. Dlatego też podczas badania respondentom zadano pytania o następującej treści: „Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet?" oraz „Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn?"

Zadanie pytania w sposób różnicujący płeć daje szansę na zbadanie tego, czy w opinii społecznej pojawia się inny stopień przyzwolenia na trwałe metody antykoncepcji dla kobiet, a inny dla mężczyzn.

Badanie zostało wykonane przez fundację CBOS w dniach 18-24 marca 2024 roku również metodą wywiadu telefonicznego CATI. Próba badawcza liczyła 1000 osób i była reprezentatywna dla osób powyżej 18. roku życia.

W niniejszym rozdziale postawiono następujący główny problem badawczy oraz odpowiadającą mu główną hipotezę badawczą:

Problem badawczy: Jak zmieniła się opinia społeczeństwa polskiego na temat zabiegu dobrowolnej sterylizacji w badanym okresie oraz jak prezentuje się w najnowszym badaniu?

Hipoteza badawcza: Społeczne przyzwolenie na dopuszczalność dobrowolnej sterylizacji w badanym okresie zwiększyło się, a najnowsze badania ukazują, że więcej osób jest za dopuszczalnością dobrowolnej sterylizacji niż przeciw niej.

Postawienie problemu badawczego w powyższy sposób jest zmotywowane zainteresowaniem, jak zmieniały się opinie społeczne na badany temat na przestrzeni ponad 20 lat oraz diagnoza, jak problem ten prezentuje się aktualnie.

Sformułowanie hipotezy badawczej w sposób ukazany powyżej jest uzasadnione przekonaniem, że zmiany zachodzące w społeczeństwie polskim spowodowały liberalizację postaw do tego stopnia, że aktualnie więcej osób jest w stanie zaakceptować dopuszczalność zabiegu dobrowolnej sterylizacji.

Problemy szczegółowe do głównego problemu badawczego postawiono w formie pytań:

Problem szczegółowy nr 1: Jak kształtowała się opinia na temat dopuszczalności zabiegu sterylizacji w 2002 r.?

Problem szczegółowy nr 2: Jak kształtowała się opinia na temat dopuszczalności zabiegu sterylizacji w 2024 r.?

Problem badawczy nr 3: Jak kształtował się stopień akceptacji dopuszczalności dobrowolnej sterylizacji w poszczególnych grupach socjodemograficznych w 2002 r.?

Problem badawczy nr 4: Jak kształtował się stopień akceptacji dopuszczalności dobrowolnej sterylizacji w poszczególnych grupach socjodemograficznych w 2024 r.?

Problem badawczy nr 5: Jak kształtował się stopień akceptacji dla dobrowolnej sterylizacji w 2024 roku w zależności od tego, której płci dotyczył zabieg?

Problem badawczy nr 6.: Jakie są cechy modelowego zwolennika i przeciwnika sterylizacji dla mężczyzn oraz odpowiednio dla kobiet w 2024 r.?

Tak postawione szczegółowe problemy badawcze dają szansę na dokładną analizę skłonności do dopuszczalności sterylizacji antykoncepcyjnej oraz ukazania, jak pogląd ten zmienił się na przestrzeni lat. Społeczna akceptacja wobec sterylizacji jako metody antykoncepcyjnej może okazać się istotnym argumentem przemawiającym za wykładnią obowiązujących przepisów prawa w sposób uznający zabieg za legalny.

Przed analizą wyników badań sondażowych zaplanowano przegląd czynników społecznych oddziałujących na społeczeństwo polskie, które mogą wpływać na budowanie motywacji postaw i opinii. Między obydwoma badaniami minął okres 22 lat. W tym czasie nastąpiło w Polsce wiele zmian społecznych oddziałujących na sposób postrzegania świata mieszkańców Polski. Krótka analiza wspomnianych czynników może pomóc zrozumieć przyczyny zmian postaw wobec zabiegu sterylizacji.

Podczas badania przeprowadzonego w 2002 roku dokonano podziału respondentów biernych zawodowo na grupy:

- rencistów,
- emerytów,
- uczniów i studentów,
- bezrobotnych,
- gospodyń domowych i innych.

Respondentów pracujących podzielono na pracujących w:

- instytucjach państwowych, publicznych,
- spółce właścicieli prywatnych i państwa,

- sektorze prywatnym poza rolnictwem,
- prywatnym gospodarstwie rolnym.

Dodatkowo dokonano podziału pracujących według grupy społeczno-zawodowej na:

- kadrę kierowniczą, inteligencję,
- pracowników umysłowych niższego szczebla,
- pracowników fizyczno-umysłowych,
- robotników wykwalifikowanych,
- robotników niewykwalifikowanych,
- rolników,
- pracujących na własny rachunek.

Podczas badania przeprowadzonego w 2024 roku dokonano innego podziału. Podzielono respondentów według statusu społeczno-zawodowego na:

- pracowników najemnych i innych zatrudnionych,
- prowadzących własną działalność gospodarczą,
- rolników,
- uczniów i studentów,
- bezrobotnych i niepracujących z innego powodu.

Z tego względu wyników obu badań nie da się w pełni przyrównać do siebie w tych kategoriach. Możliwa jest natomiast analiza dostępnych danych oraz próba ustalenia tendencji.

Z uwagi na ponad 20 lat różnicy między dwoma badaniami należy również zwrócić uwagę na kwotowy rozdźwięk pojawiający się w wynikach badań, gdzie respondenci zostali podzieleni według dochodu na jedną osobę w gospodarstwie domowym (wykresy nr 22, 23 i 24). Sytuacja finansowa mieszkańców Polski w tym okresie znacznie się zmieniła, dlatego też kwoty zostały odpowiednio dopasowane przez podmiot przeprowadzający badanie do panujących w trakcie badania warunków bytowych.

§ 2. Czynniki mogące mieć wpływ na ocenę zabiegu sterylizacji w społeczeństwie polskim

Prokreacja rozumiana jako zdolność płodzenia jest jedną z niezwykle istotnych funkcji organizmu. Rozmnażanie pozwala na przetrwanie rodów, społeczeństw czy całych gatunków. Nic więc dziwnego, że rozwój medycyny skupił się również na pomocy osobom, które mają problemy z poczęciem potomstwa w sposób naturalny. Aktualnie niepłodność bywa nazywana mianem choroby cywilizacyjnej. Rozwój medycyny i możliwość wykorzystania metod medycznie wspomaganej prokreacji, w tym szczególnie kontrowersyjnej metody zapłodnienia

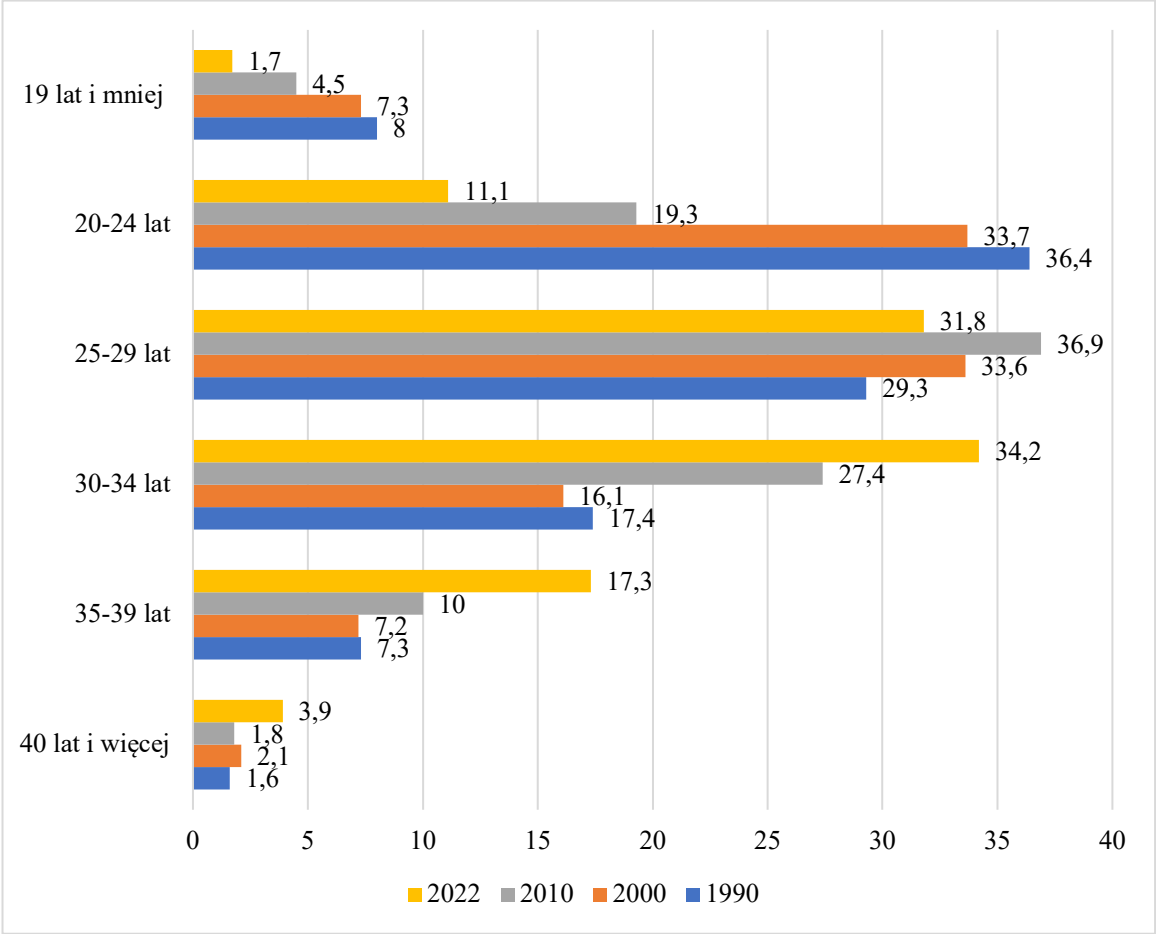
pozaustrojowego (*in vitro*) dał części par nadzieję na posiadanie potomstwa[437]. Poza tym w razie niemożności posiadania potomstwa, osoby niepłodne mogą zdecydować się na przysposobienie dziecka w procedurze adopcyjnej.

Dane statystyczne jednoznacznie ukazują jednak, że współcześnie w rodzinach wychowuje się mniej dzieci, niż miało to miejsce jeszcze kilkadziesiąt lat temu. Zmiany demograficzne oraz społeczne nie dają podstaw do przewidywania, że w najbliższych latach współczynnik dzietności sięgnie istotnie ponad wartość 2. Główny Urząd Statystyczny zauważa, że w 2022 roku jedynie w sześciu województwach wskaźnik ten utrzymywał się na poziomie wyższym od średniej krajowej i były to województwa: mazowieckie i wielkopolskie, pomorskie, małopolskie, łódzkie i podlaskie. Największy współczynnik dzietności w 2022 roku odnotowano w województwach mazowieckim i wielkopolskim. Wynosił on 1,33, co niestety oznacza brak zastępowalności pokoleń. Jak wskazuje GUS terytorialne zróżnicowanie badanego czynnika utrzymuje się od lat. Należy zauważyć, że oprócz liczby kobiet w wieku prokreacyjnym na liczbę urodzeń wpływ mają postawy i zachowania prokreacyjne panujące w danym społeczeństwie[438].

Po roku 1990 zaobserwować można przesunięcie granicy najwyższej płodności kobiet w poszczególnych grupach wiekowych. O ile na początku lat 90. XX wieku kobiety najczęściej zachodziły w ciążę w wieku 20-24 lat, to już w kolejnych latach wiek ten oscylował w granicach 25-29 lat. Współcześnie najwięcej urodzeń odnotowuje się w grupie matek w wieku 30-34 lat. W roku 2022 roku aż 55% urodzonych dzieci przyszło na świat, po ukończeniu przez ich matki 30. roku życia. W ostatnich latach wzrosła również mediana wieku rodzących kobiet, która w 2022 roku wynosiła 31 lat, zaś w latach 1990-2000 oscylowała około 26. roku życia[439].

[437] Zob. szerzej E. Wojewoda, *Prawnokarne i kryminologiczne aspekty* medycznie wspomaganej prokreacji, Białystok 2019, s. 14 i n.
[438] Główny Urząd Statystyczny, Sytuacja demograficzna Polski do 2022 r., Warszawa 2023, s. 12.
[439] Ibidem.

Wykres nr 1. Urodzenia żywe według wieku matki w wybranych latach (w %).



Źródło: Główny Urząd Statystyczny, Sytuacja demograficzna Polski do 2022 r., Warszawa 2023, s. 13.

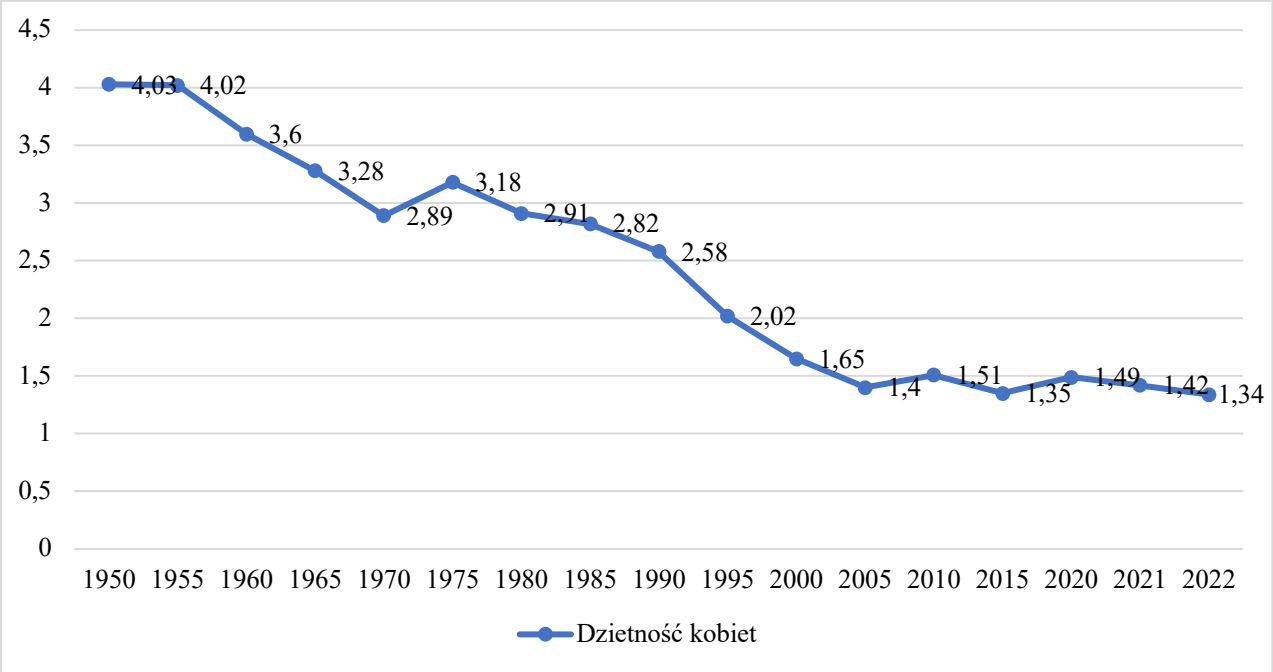
Na wykresie zamieszczonym powyżej zaprezentowane zostały statystyki dotyczące wieku matek rodzących w poszczególnych latach. Można zaobserwować wyraźną różnicę w dwóch najmłodszych kategoriach. Dywersyfikacja ta zaszła w ostatnich dekadach. W 1990 roku 44% wszystkich urodzeń pochodziło z matek do 24. roku życia, w roku 2000 było to 41%, w 2010 – 23,8%, zaś w 2022 zaledwie 12,8%. Zaprezentowana różnica jest znaczna, bowiem na przestrzeni ponad 30 lat odsetek ten zmniejszył się niemal czterokrotnie.

Przyczyną tego stanu rzeczy mogą być zmiany, które zaszły w strukturze społeczeństwa związane z równouprawnieniem kobiet. Coraz więcej kobiet postanawia skończyć studia

wyższe i przełożyć plany macierzyńskie na czas po obronie dyplomu. Jak podaje GUS w 2022 roku matki mające wyższe wykształcenie urodziły aż 48% dzieci[440].

Ponadto Główny Urząd Statystyczny zauważa, że w badanym okresie wzrosła liczba dzieci pochodzących ze związków nieformalnych. Liczba urodzeń pozamałżeńskich od 2000 roku wzrosła ponad dwukrotnie. Zauważa się również, że w 2022 roku w miastach blisko jedna trzecia dzieci urodziła się w związkach nieformalnych, zaś na wsi było to 23% wszystkich urodzeń.

Wykres nr 2. Dzietność kobiet.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Główny Urząd Statystyczny, Sytuacja demograficzna Polski do 2022 r., Warszawa 2023, 68-69.

Analizując współczynnik dzietności kobiet od lat 50. XX wieku można zauważyć wyraźną tendencję malejącą. Kobiety rodzą coraz mniej dzieci. Na przestrzeni ponad 70 lat badany współczynnik zmalał ponad trzykrotnie. Z wyróżnionych lat ostatnim, w którym przekroczono liczbę 3 był 1975 rok. Warto też odnotować, że współczynnik dzietności przekroczył 2 po raz ostatni prawie 30 lat temu, bo w 1995 roku Oznacza to, że Polacy coraz rzadziej decydują się na model rodziny, w którym pojawia się więcej niż jedno dziecko.

[440] Ibidem, s. 13.

Spadek dzietności wiąże się z licznymi zmianami zachodzącymi w życiu społecznym. W społeczeństwie przedprzemysłowym w posiadaniu dziecka dostrzegano pozytywny walor ekonomiczny – dzieci były wsparciem dla rodziców przy prowadzeniu gospodarstwa rolnego czy rodzinnego przedsiębiorstwa oraz stanowiły dla nich swego rodzaju „zabezpieczenie majątkowe" na starość[441].

Rozwój społeczeństwa ponowoczesnego sprawił, że utrzymanie dziecka stało się względnie droższe niż miało to miejsce wcześniej. Coraz częściej w zbyt wczesnym przyjściu na świat potomka zaczęto dostrzegać komplikacje w rozwoju kariery, zwłaszcza wśród kobiet. W tym okresie nastąpiła zmiana polegająca na przesunięciu ciężaru zapewnienia dobrobytu na starość z dzieci na system ubezpieczeń społecznych.

Również ostatnie dekady przyniosły zasadnicze zmiany społeczne wpływające na podjęcie decyzji o rodzicielstwie. Zachodzące przeobrażenia umożliwiły kobietom dostęp do profesji, które wcześniej były zarezerwowane wyłącznie dla mężczyzn. Możliwość samorealizacji zawodowej kobiet sprawia, że macierzyństwo przestało być ich głównym zajęciem. Coraz częściej życie rodzinne dzielone jest z pracą zarobkową oraz realizacją ambicji zawodowych. Zmieniają się również powszechnie przyjmowane standardy w tym zakresie, z konserwatywnych na bardziej liberalne, sprzyjające swobodzie wyboru stylu życia[442].

Obecnie można zauważyć, że pary decydują się na bezdzietność lub ograniczenie liczby swojego potomstwa właśnie z obawy przed pogorszeniem swojej sytuacji ekonomicznej. Nawet rodziny, które marzyły o rodzicielstwie decydują się często na ograniczenie liczby posiadanego potomstwa do jednego lub dwojga dzieci, aby móc zapewnić im wysoki standard życia, co przy kolejnym dziecku mogłoby okazać się trudniejsze. Trudno dopatrywać się w czynniku ekonomicznym głównej przyczyny tego zjawiska, lecz nie można zaprzeczyć, że ma on istotne znaczenie.

Można założyć, że wpływ na podejmowanie decyzji o bezdzietności wiąże się również z laicyzacją społeczeństwa. W kulturze Kościoła rzymsko-katolickiego posiadanie potomstwa jest traktowane jako cel związku małżeńskiego i jeden z nadrzędnych celów życia człowieka. Wprawdzie wiara rzymsko-katolicka jest wciąż najczęściej deklarowanym wyznaniem w

[441] B. Cieślińska, *Bezdzietność jako styl życia*, „Pogranicze. Studia Społeczne" 2014, nr 24, s. 279–280.
[442] E. Garncarek, *Dobrowolna bezdzietność a przemiany tożsamości płci współczesnych kobiet i mężczyzn*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica" 2014, nr 51, s. 100–101.

Polsce, lecz w ostatnich latach obserwuje się spadek liczby osób deklarujących uczestnictwo w praktykach religijnych oraz wzrost skali apostazji.

Spadek znaczenia wiary w życiu człowieka szczególnie widoczny jest wśród przedstawicieli młodego pokolenia, co przejawia się między innymi w zmniejszeniu zainteresowania uczestnictwem w lekcjach religii. Jest to zjawisko szczególnie widoczne w dużych miastach. Przykładowo w roku szkolnym 2023/2024 w lekcjach religii udział brała mniej niż połowa dzieci i młodzieży szkolnej (42%). O ile w warszawskich szkołach podstawowych na lekcje katechezy uczęszczało 65% uczniów, to odsetek ten lawinowo spadał w szkołach średnich. W liceach ogólnokształcących na tego typu lekcje uczęszczało już tylko 27% młodzieży, zaś w technikach ledwie 21%[443].

Spadek znaczenia religii w życiu Polaków może przekładać się na zmianę sposobu postrzegania funkcji rodziny. Założenie rodziny jako cel młodych ludzi ustępuje realizowaniu swoich pasji, zdobywaniu wykształcenia czy rozwijaniu kariery zawodowej. Statystyki pokazują, że średni wiek zawierania małżeństwa na przestrzeni ostatnich lat wzrósł. W 2022 mediana wieku mężczyzn zawierających małżeństwo wynosiła 31 lat, zaś kobiet 29 lat - jest to o prawie 6 lat więcej niż w roku 2000 r.[444].

Zauważa się, że maleje również odsetek zawierania małżeństw wyznaniowych. W roku 2022 małżeństwa zawarte w kościołach i związkach wyznaniowych stanowiły ok. 51% wszystkich tego typu związków, zaś w 2010 roku było to 68%[445]. Pokazuje to jednocześnie laicyzację społeczeństwa oraz spadek zainteresowania tradycyjną, sformalizowaną wersją rodziny. Opisane zjawisko jest szczególnie zauważalne wśród członków młodszego pokolenia i zdaje się postępować.

O ile jeszcze kilka lat temu bezdzietność stanowiła pewnego rodzaju tabu w debacie publicznej i była raczej wyrazem współczucia lub żartów, to sytuacja ta stopniowo się zmienia. Można zauważyć, że temat bezdzietności bywa poruszany w mediach przez osoby publiczne, w tym celebrytów, co może wpływać na zmianę postrzegania tego zjawiska w społeczeństwie.

Jako przykład można wskazać wypowiedzi znanej trenerki fitness – Ewy Chodakowskiej, która otwarcie mówi o tym, że nie planuje mieć dzieci. Trenerka przyznaje, że

[443] K. Pryga, *Masowo rezygnują z religii w szkole .Część oddziałów w ogóle nie prowadzi takich lekcji*, https://edukacja.dziennik.pl/aktualnosci/artykuly/9349556,masowo-rezygnuja-z-religii-w-szkole-czesc-oddzialow-w-ogole-nie-prowa.html [dostęp: 13.02.2024].
[444] Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja demograficzna Polski do 2022 r.,* s. 22.
[445] Ibidem, s. 23.

przez długi okres trwania kariery z obawy przed hejtem unikała w przestrzeni medialnej tematu planowanej rezygnacji z posiadania potomstwa. W końcu jednak odważyła się na takie oświadczenie i zapewniła, że chce dawać wsparcie kobietom, które podjęły podobną decyzję. Dodała przy tym, że jest świadoma tego, że jej wyznanie przyniosło ulgę wielu kobietom w Polsce, które również podjęły taką decyzję[446].

E. Chodakowska zaznacza, że bezdzietność jest jej przemyślanym wyborem i wyrazem realizacji wolności. Kontynuuje, że nigdy nie widziała siebie w roli matki i twierdzi, że decyzja o macierzyństwie nie powinna być podyktowana presją społeczną. Trenerka zauważa, że nie każda kobieta jest gotowa do pełnienia takiej roli społecznej[447].

W podobnym tonie wypowiedziała się również prezenterka telewizyjna Aleksandra Kwaśniewska. Dziennikarka zaznaczyła, że choć macierzyństwo dla wielu kobiet jest ogromnie istotną kwestią, to nie należy oczekiwać od bezdzietnych kobiet tłumaczenia swojej decyzji o powodach, które determinują brak posiadania potomstwa. Jak zauważyła, matek nie pyta się o to, dlaczego zdecydowały się na posiadanie potomstwa, stąd też postuluje, aby bezdzietnych kobiet również nie pytać o przyczyny takiej decyzji życiowej. Dodaje również, że nie każda kobieta musi być świadoma przyczyn takiej decyzji[448].

Temat ten jest poruszany również przez gwiazdy Hollywood. Jako przykład osoby postulującej normalizację nieposiadania dzieci można podać amerykańską aktorkę Jennifer Aniston. Gwiazda serialu „*Friends*" zauważa, że kobieca bezdzietność nie oznacza, iż kobieta jest niekompletna, nieszczęśliwa czy nie odnosi innych sukcesów. Kolejna amerykańska celebrytka - piosenkarka Miley Cyrus, w wywiadzie dla amerykańskiego „Elle", artykułowała swoje obawy dotyczące tego, że urodzenie dziecka oznacza danie mu życia w świecie o niepewnej przyszłości, z uwagi na zmiany klimatyczne i degradację środowiska naturalnego. Oprah Winfrey – amerykańska prezenterka i producentka telewizyjna również tłumaczyła

[446] Ł. Jelonek, *Ewa Chodakowska stanowczo o bezdzietności: :zmuszanie kobiet do macierzyństwa, wywieranie na nich presji, jest okrutne*" https://www.glamour.pl/artykul/ewa-chodakowska-stanowczo-o-bezdzietnosci-zmuszanie-kobiet-do-macierzynstwa-wywieranie-na-nich-presji-jest-okrutne-221111014521#Ewa+Chodakowska+zabiera+g%C5%82os+w+sprawie+%C5%9Bwiadomej+bezdzietno%C5%9Bci [dostęp: 12.02.2024].
[447] Ibidem.
[448] A. Rzeźniczak, *Aleksandra Kwaśniewska o bezdzietności. „To nie zawsze kwestia świadomej decyzji"*, https://rozrywka.radiozet.pl/plotki/aleksandra-kwasniewska-o-bezdzietnosci-to-nie-zawsze-kwestia-swiadomej-decyzji [dostęp: 13.02.2024].

bezdzietność jako swój świadomy wybór. Podkreśliła, że styl życia, który wybrała, nie jest odpowiedni do posiadania dzieci[449].

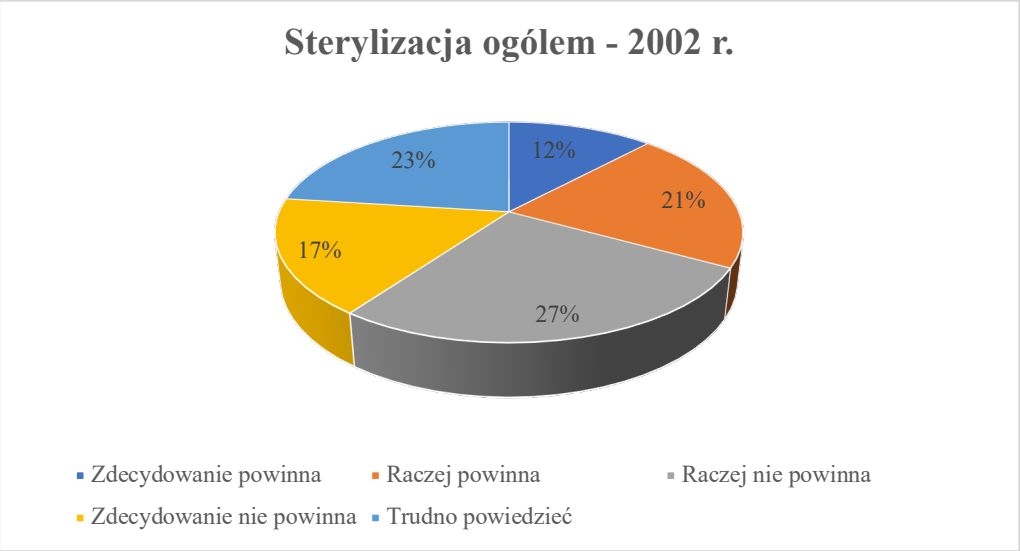
Temat bezdzietności jest więc coraz częściej poruszany w sferze publicznej. Fakt, że zaczynają o nim mówić popularne w mediach kobiety sukcesu może stanowić bodziec do akceptacji podobnej decyzji u wielu kobiet. Przedstawiony wyżej opis stanowi obraz pewnego rodzaju tendencji zmian społecznych mogących wpływać na podjęcie decyzji o bezdzietności, ograniczeniu liczby dzieci i użyciu trwałych form antykoncepcji.

§ 3. Stosunek społeczeństwa polskiego do problematyki sterylizacji w świetle badań z 2002 roku oraz z 2024 roku

Poniższy wykres przedstawia opinię ogółu społeczeństwa polskiego z 2002 roku na temat tego, czy zabieg sterylizacji powinien być w naszym kraju dopuszczalny. Jak wspomniano wcześniej, badanie przeprowadzono na reprezentatywnej grupie Polaków – w przywołanym badaniu udział wzięło 1044 respondentów. Próbę badawczą dobrano w taki sposób, aby odzwierciedlała ona społeczne uwarunkowania mieszkańców Polski.

[449] D. Kałwa, *Bezdzietność jako wybór- gwiazdy, które świadomie rezygnują z bycia rodzicami,* https://www.glamour.pl/artykul/bezdzietnosc-jako-wybor-gwiazdy-ktore-zdecydowaly-sie-nie-byc-rodzicami-210813031139#%E2%80%9CZ+czasem+ci+si%C4%99+zmieni%E2%80%9D+%E2%80%93+o+presji+spo%C5%82ecze%C5%84stwa [Dostęp: 13.02.2024]

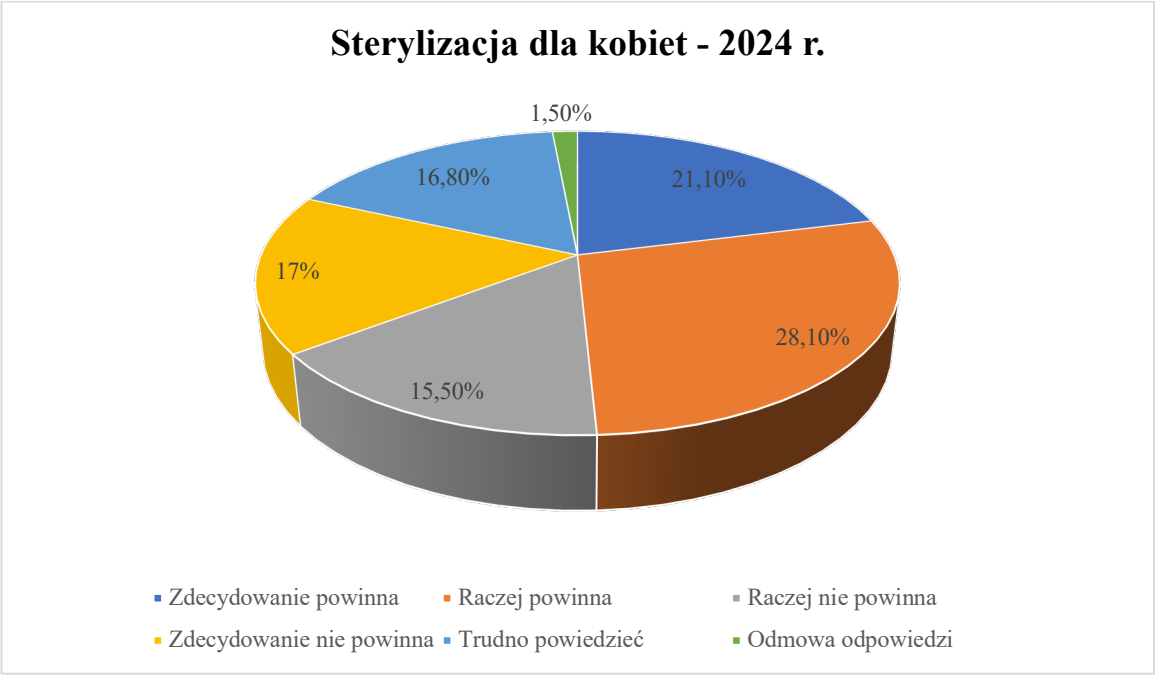
Wykres nr 3. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – stosunek ogółu społeczeństwa (badanie z 2002 r.).



Źródło: CBOS.

Większość pytanych była zdania, że zabieg ten nie powinien być legalnie wykonywany – takiej odpowiedzi udzieliło 44% respondentów (27% odpowiedzi „raczej nie powinna" i 17% „zdecydowanie nie powinna"). Za legalnością tej formy antykoncepcji opowiadało się 33% badanych (21% „raczej powinna" i 12% „zdecydowanie powinna"). Oznacza to, że opinię zwolenników i przeciwników tego zabiegu dzieliło 11 punktów procentowych. Prawie co czwarty respondent, bo aż 23% badanych odpowiedziało, że trudno jest im sformułować opinie na badany temat. Tak duży odsetek niezdecydowanych ukazuje, że w 2002 roku temat sterylizacji antykoncepcyjnej nie był powszechnie znany w Polsce.

Wykres nr 4. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? (badanie z 2024 r.).



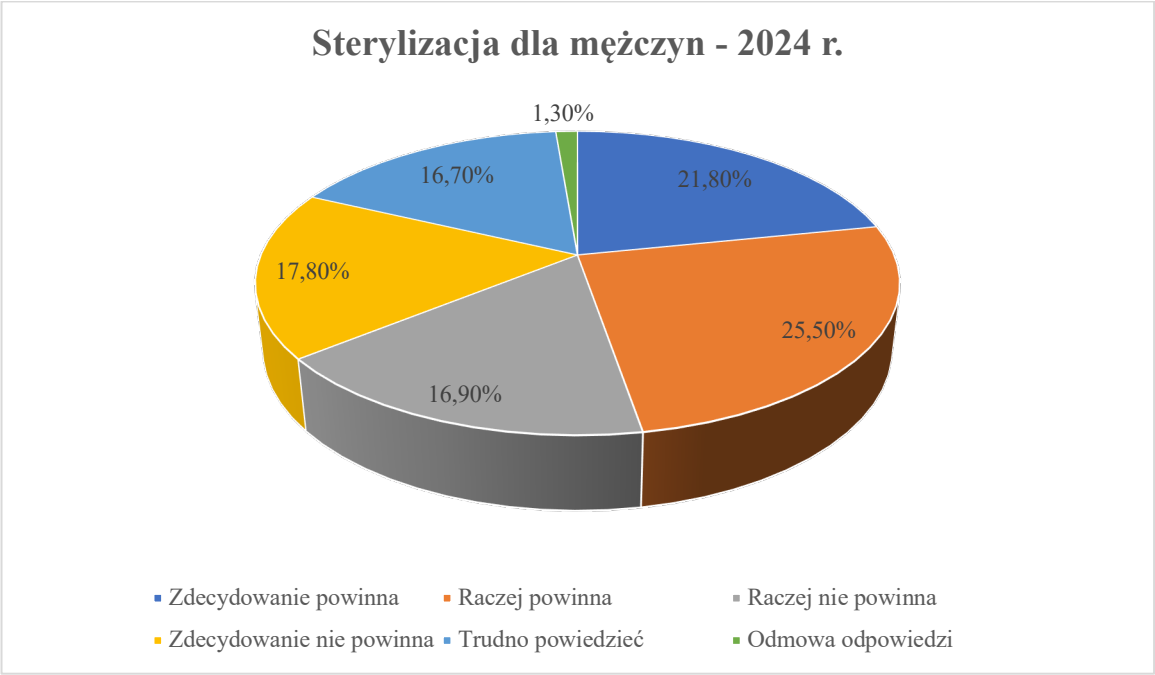
Źródło: CBOS.

Badanie przeprowadzone w 2024 roku ukazało zmianę postaw społecznych w stosunku do zabiegu sterylizacji. Wyniki tego badania pokazały, że blisko połowa badanych (49,2%) uważa, iż dobrowolna sterylizacja dla kobiet powinna być dopuszczalna w Polsce (21,1% odpowiedzi „zdecydowanie powinna" oraz 28,1% odpowiedzi „raczej powinna"). W opozycji do tego stanowiska było 32,5% badanych (17% odpowiedzi „zdecydowanie nie powinna" oraz 15,5% odpowiedzi „raczej nie powinna"). Swojego zdania w badanym obszarze nie potrafiło określić 16,8% respondentów, zaś 1,5% odmówiło udzielenia odpowiedzi.

W porównaniu z badaniem z 2002 roku „za" dobrowolną sterylizacją w stosunku do kobiet opowiedziało się o 16,2 punktu procentowego więcej osób. Grupa „przeciw" legalności tego zabiegu zmniejszyła się za to o 11,5 punktu procentowego.

Swojego zdania w badanym przedmiocie nie potrafiło określić 16,8% respondentów, zaś 1,5 % odmówiło udzielenia odpowiedzi. Jest to spadek odsetka niezdecydowanych w porównaniu z rokiem 2002, co może oznaczać, że temat sterylizacji antykoncepcyjnej nie jest już obecnie w polskim społeczeństwie tak „egzotyczny", jak przed dwiema dekadami.

Wykres nr 5. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn (badanie z 2024r.)?



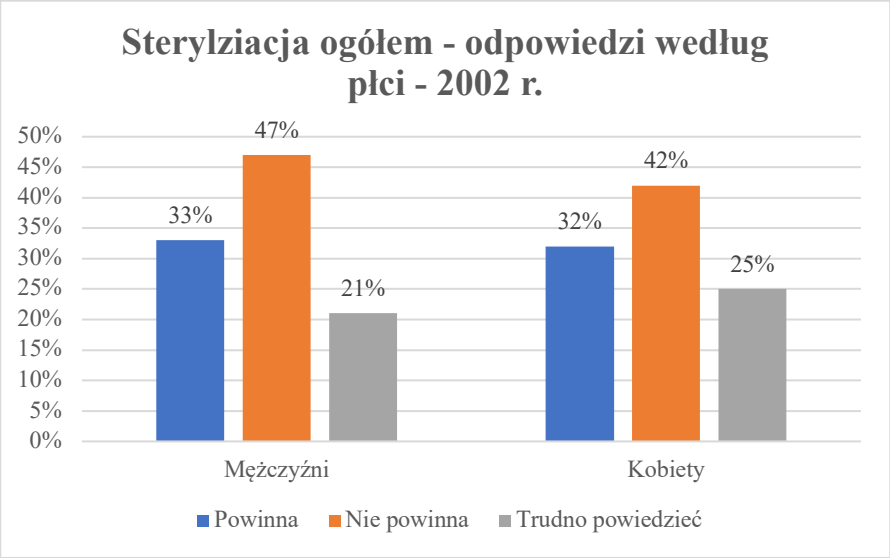
Źródło: CBOS.

Wyniki badania z 2024 roku dotyczącego sterylizacji mężczyzn pokazały, że za legalnością tego zabiegu opowiedziało się 47,3% respondentów (21,8% odpowiedzi „zdecydowanie powinna" oraz 25,5% odpowiedzi „raczej powinna"). Jest to wzrost o 14,3 punktu procentowego względem badania z 2002 roku Należy zauważyć, że osiągnięty w tym badaniu wynik dotyczący mężczyzn jest o 1,9 punktu procentowego niższy niż w stosunku do tego samego pytania, lecz dotyczącego kobiet.

Odpowiedzi przeczącej na zadane pytanie udzieliło 34,7 % respondentów (17,8% odpowiedzi „zdecydowanie nie" oraz 16,9% odpowiedzi „raczej nie"). Oznacza to spadek przeczących odpowiedzi o 9,3 punktu procentowego w porównaniu do badania z 2002 roku Jednocześnie jest to wartość o 2,2 punktu procentowego wyższa niż przy tym samym pytaniu dotyczącym kobiet.

Zaprezentowane wyniki badań ukazują wzrost akceptacji co do legalności zabiegu sterylizacji na przestrzeni badanych lat. Warto odnotować, że wzrost dotyczy zarówno zabiegu dla mężczyzn, jak i dla kobiet, lecz większa zmiana dotyczy żeńskiej sterylizacji. Respondenci wyrażają mniejszą akceptację w stosunku do sterylizacji mężczyzn niż kobiet, lecz nie jest to duża różnica.

Wykres nr 6. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według płci (badanie z 2002 r.).

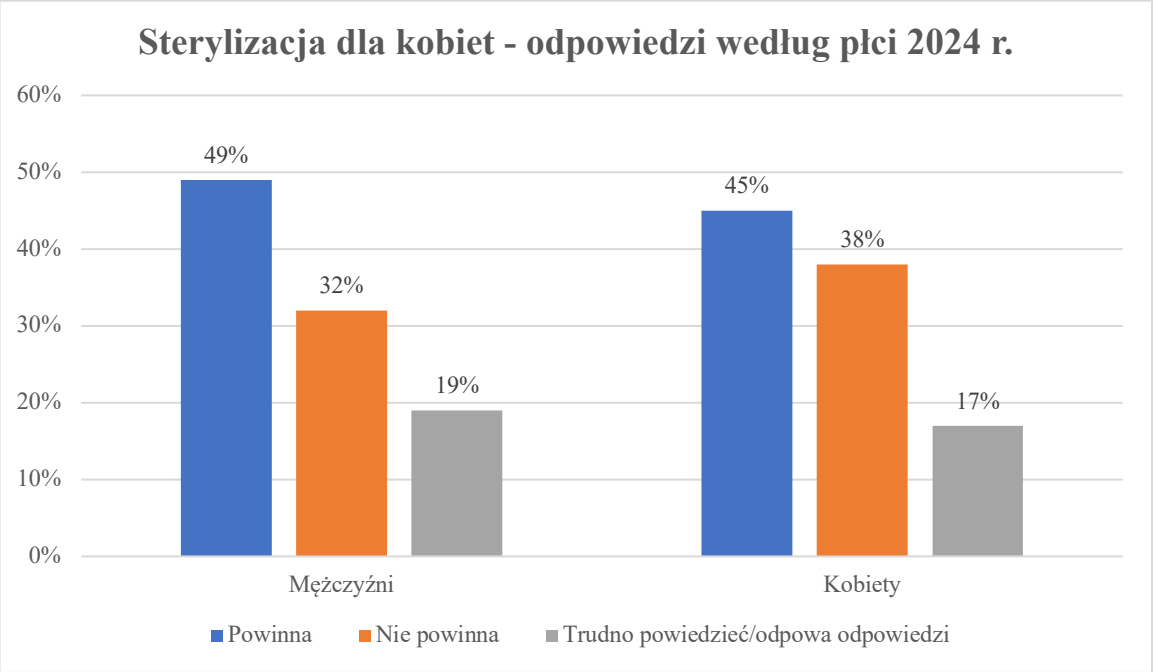


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Opinie na temat dopuszczalności sterylizacji zdają się być bardzo zbliżone w grupie badanych kobiet i mężczyzn. Odpowiedzi mężczyzn związane z aprobatą dla legalności tego zabiegu przewyższają kobiece odpowiedzi o zaledwie 1 punkt procentowy. Porównując odpowiedzi negatywne można zauważyć różnicę 5 punktów procentowych, co także wskazuje na zbieżność opinii. Pytanie zadane w badaniu dotyczyło sterylizacji zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet.

Można zastanawiać się, czy zróżnicowanie odpowiedzi pomiędzy płciami byłoby inne jeżeli pytanie oddzielnie traktowałoby sterylizację mężczyzn i kobiet. Przeprowadzone w 2002 roku badanie prowadzi do wniosku, że płeć nie jest czynnikiem wpływającym znacząco na zgodę lub brak akceptacji na dopuszczalność sterylizacji.

Wykres nr 7. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według płci (badanie z 2024 r.).

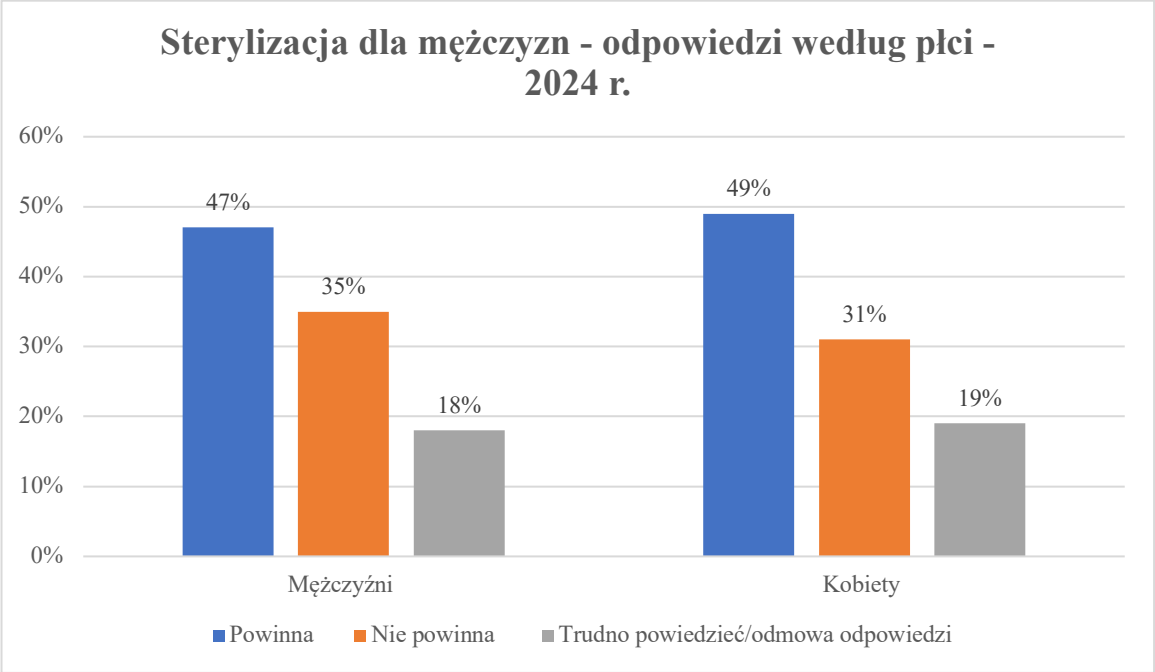


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Wykres zamieszczony powyżej nie obrazuje znaczących różnic w odpowiedziach względem płci respondenta. Za legalnością sterylizacji dla kobiet bardziej opowiedzieli się mężczyźni (49%) i jest to różnica 4 punktów procentowych w stosunku do odsetka takich odpowiedzi u kobiet. Wśród odpowiedzi przeciwnych różnica ta kształtuje się na poziomie 6 punktów procentowych.

Częstotliwość występowania trudności z odpowiedzią oraz odmowy odpowiedzi na zadane pytanie kształtuje się podobnie w przypadku obu płci.

Wykres nr 8. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według płci (badanie z 2024 r.)



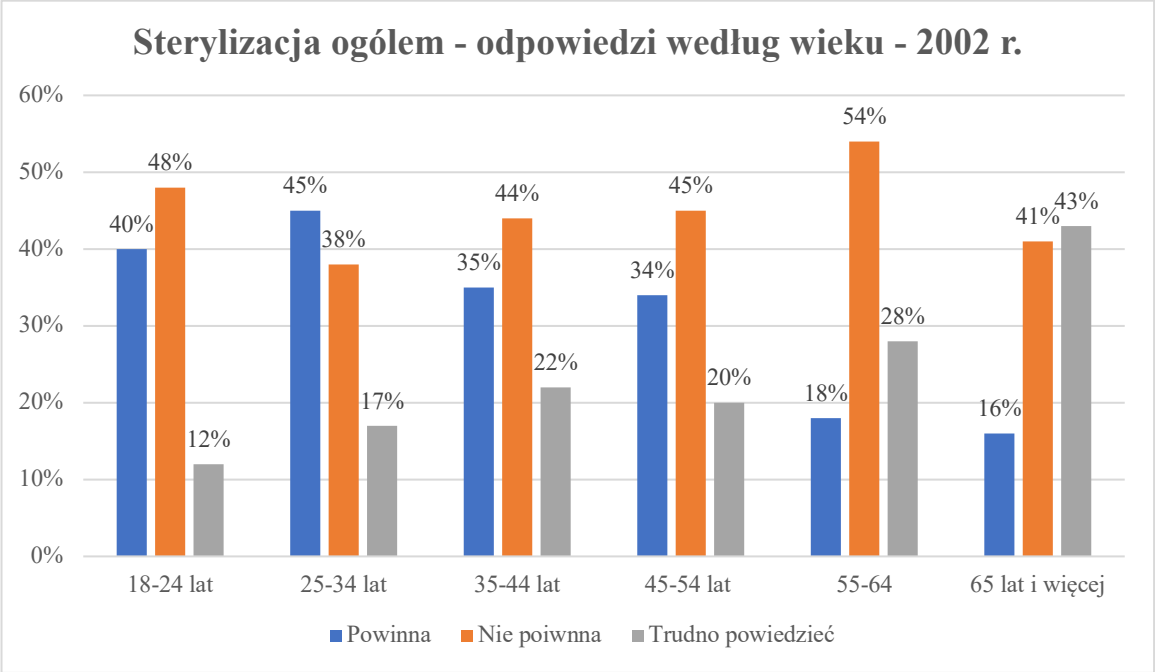
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Podobnie sytuacja kształtuje się w przypadku pytania o sterylizację dla mężczyzn – również odpowiedzi udzielane przez mężczyzn i przez kobiety nie różnią się w dużym stopniu od siebie.

O ile sterylizację kobiet w niewielkim stopniu bardziej byli w stanie dopuścić mężczyźni, to w przypadku męskiego zabiegu sytuacja się odwraca. Nie jest to duża różnica, lecz uwidacznia się na wykresie powyżej - więcej kobiet niż mężczyzn (różnica zaledwie 2 punktów procentowych) jest za dopuszczalnością sterylizacji dla mężczyzn. Wśród odpowiedzi przeciwnych dopuszczalności tego typu metody antykoncepcyjnej również widoczny jest mniejszy odsetek sprzeciwu wśród kobiet (31%) niż u mężczyzn (35%).

Podobnie sprawa prezentuje się w analizie wyników badania z 2002 r., co może wskazywać na to, że płeć nie jest czynnikiem mającym wpływ na odmienne postrzeganie badanego problemu. Należy jednak odnotować, że badanie z 2024 roku wskazało, że przedstawiciele danej płci są nieznacznie bardziej skłonni dopuścić sterylizację dla płci przeciwnej.

Wykres nr 9. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według wieku (badanie z 2002 r.).



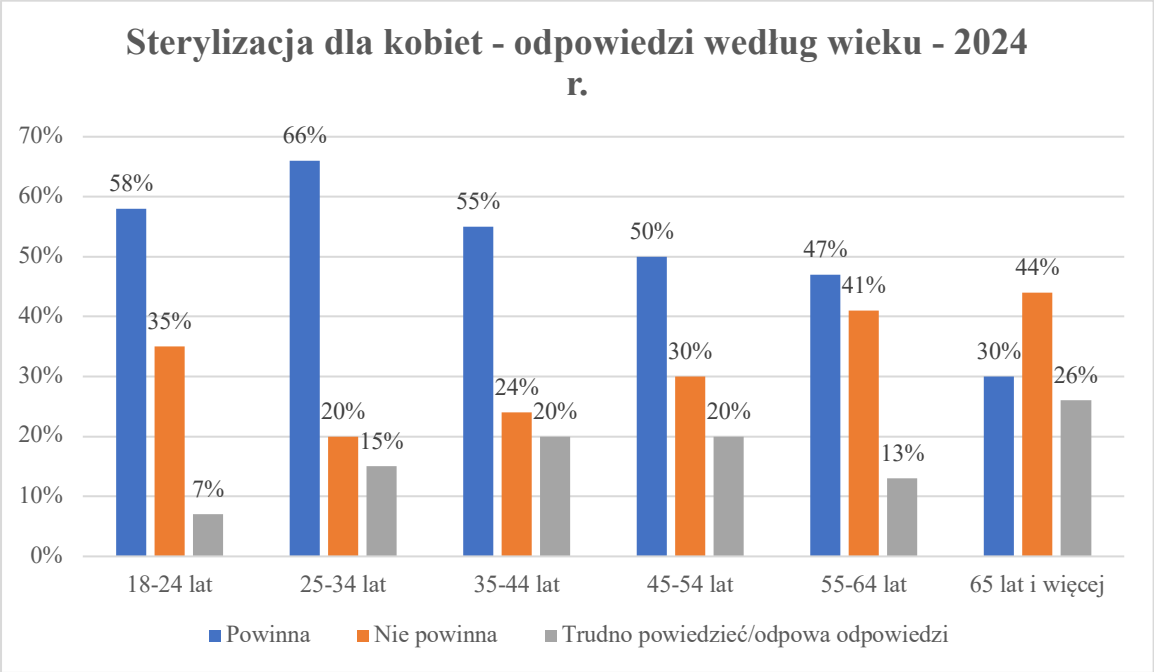
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Analizując wyniki badania pod kątem wieku respondentów, można zauważyć pewną zależność. Przejawia się ona w stwierdzeniu, że im młodszy był badany, tym częściej zaznaczał odpowiedź, że sterylizacja powinna być dopuszczalna. Wśród grupy w wieku 18-24 lata wskazało tak 40% badanych, zaś w najstarszej grupie 65 lat i więcej zaledwie 16%. Co ciekawe jednak, w tej ostatniej grupie wiekowej aż 43% respondentów nie potrafiło wyrazić swojej opinii na ten temat.

We wszystkich badanych grupach wiekowych umiarkowanie zbliżony do siebie był udział odpowiedzi, że sterylizacja nie powinna być dopuszczalna – najmniej takich odpowiedzi udzielono w grupie 25-34 lat - 38%, zaś najwięcej w grupie 55-64 lat - 54%.

Najbardziej przychylna legalizacji tego zabiegu jest grupa wiekowa 25-34 lata. Zdaje się być to właśnie wiek, w którym najczęściej dokonywana jest decyzja o posiadaniu potomstwa. Jest to grupa wiekowa, która najczęściej odpowiedziała, że sterylizacja powinna być dopuszczalna (45% odpowiedzi) oraz najmniej razy opowiedziała się za tym, że nie powinna być legalna (38% odpowiedzi).

Wykres nr 10. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według wieku (badanie z 2024 r.).



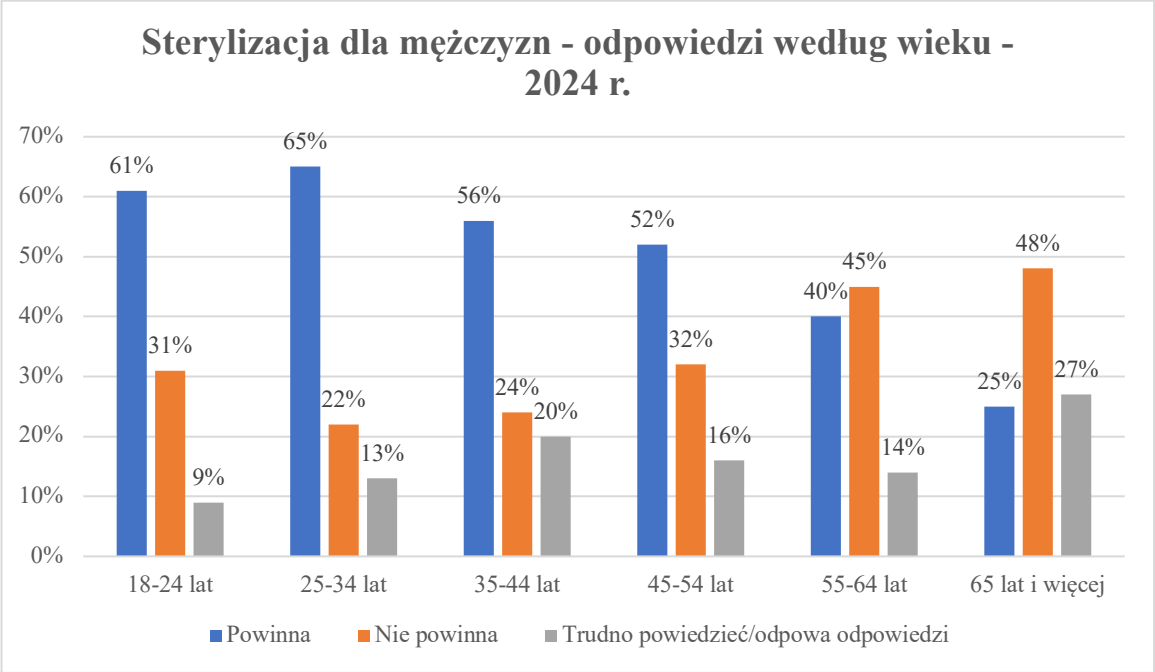
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Wykres powyżej ukazuje zależność, zgodnie z którą im respondent jest starszy, tym mniejsze jest przyzwolenie na legalność sterylizacji dla kobiet. Można zauważyć, że więcej odpowiedzi „przeciw" legalności niż „za" nią udzielono jedynie w najstarszej grupie wiekowej.

Grupą najbardziej przychylną dopuszczalności sterylizacji dla kobiet była grupa między 25 a 34 rokiem życia – 66% z nich zaznaczyło, że zabieg ten powinien być dopuszczalny, zaś 20%, że nie powinien. W porównaniu tej samej grupy wiekowej z badania z 2002 r., odpowiedź twierdzącą zaznaczyło o 21% procentowych więcej, zaś przeczącą o 18 punktów procentowych mniej.

Istotna różnica występuje również w grupie wiekowej najmniej skłonnej zaakceptować dopuszczalność sterylizacji dla kobiet – w grupie wiekowej 65 lat i więcej za dopuszczalnością wskazanej metody antykoncepcyjnej było 30% respondentów, zaś 44`% badanej grupy wiekowej było przeciw. Oznacza to, że odsetek zwolenników wzrósł na przestrzeni badanych lat o 14 punkty procentowe, lecz wzrósł również odsetek przeciwników – o 3 punkty procentowe. Zdecydowana różnica jest widoczna w odsetku osób, które nie potrafiły określić swojego zdania lub odmówiły odpowiedzi – jest to różnica aż o 17 punktów procentowe mniej.

Wykres nr 11. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według wieku (badanie z 2024 r.).

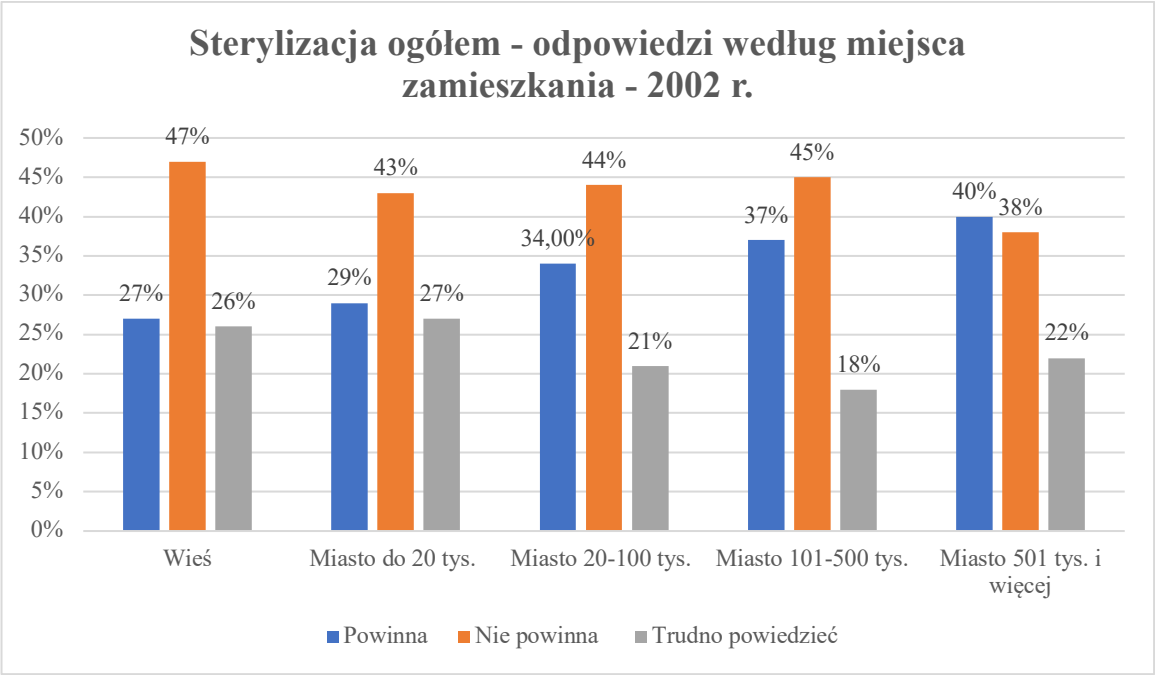


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Analiza odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące sterylizacji mężczyzn wskazuje na niewielkie różnice względem zabiegu kobiet. Wykres zamieszczony powyżej ukazuje, że już nie w jednej (jak miało to miejsce przy sterylizacji kobiet), lecz w dwóch najstarszych grupach badanych odpowiedzi przeciw legalności przewyższają odpowiedzi za nią. Grupa wiekowa 55-64 lat oraz 65 lat i wykazuje mniejszą akceptację co do sterylizacji mężczyzn, niż co do odpowiednika tego zabiegu dla kobiet.

Porównując dane z obu przeprowadzonych na przestrzeni lat badań, można potwierdzić, że wiek jest czynnikiem mającym istotny wpływ na to, jak duże jest przyzwolenie na dopuszczalność sterylizacji jako formy antykoncepcji. Oba badania ukazały, że im niższy wiek respondenta, tym jest on bardziej skłonny dopuścić sterylizację.

Wykres nr 12. Czy dobrowolna sterylizacja jako metoda zapobiegania ciąży powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna: zarówno dla mężczyzn i kobiet? – odpowiedzi według miejsca zamieszkania (badanie z 2002 r.).



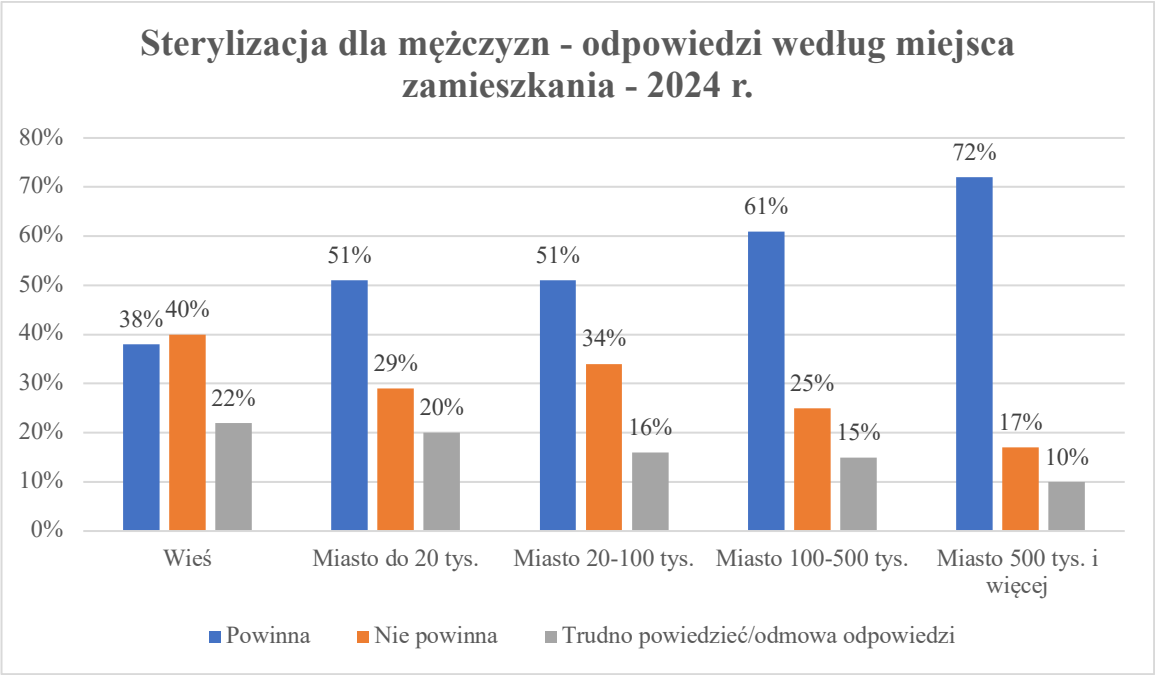
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Zaprezentowany wyżej wykres pokazuje wyraźną zależność między wielkością miejsca zamieszkania a skłonnością do dopuszczenia metody antykoncepcyjnej jaką jest sterylizacja. Podczas, gdy wśród mieszkańców wsi zwolenników tego podejście jest 27%, to w miastach powyżej 501 tys. mieszkańców już 40%. Mieszkańcy największych miast są też jedyną grupą ze względu na miejsce zamieszkania, w której więcej osób jest za niż przeciw dopuszczeniu tej metody (stosunek 40% do 38%, co daje niewielką różnicę 2 punktów procentowych).

Największy odsetek przedstawicieli negatywnego stosunku do dopuszczalności tego zabiegu jest wśród mieszkańców wsi – 47% respondentów mieszkających na terenach wiejskich zaznaczyło taką odpowiedź. Jednocześnie jest to grupa, która najrzadziej zaznaczyła odpowiedź oznaczającą, że są za dopuszczalnością sterylizacji.

Mimo, że wykres obrazuje wyraźnie zależność między miejscem zamieszkania a skłonnością do akceptacji tego zabiegu, to trzeba zauważyć, że nie ma wyraźnych różnic między wielkością miejsca zamieszkania a sprzeciwem wobec sterylizacji. Z wyłączeniem największych miast wskaźnik ten waha się między 43% a 47% i wyłącznie w społeczności miast 501 tys. i więcej mieszkańców spada poniżej 40%.

Wykres nr 13. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według miejsca zamieszkania (badanie z 2024 r.).

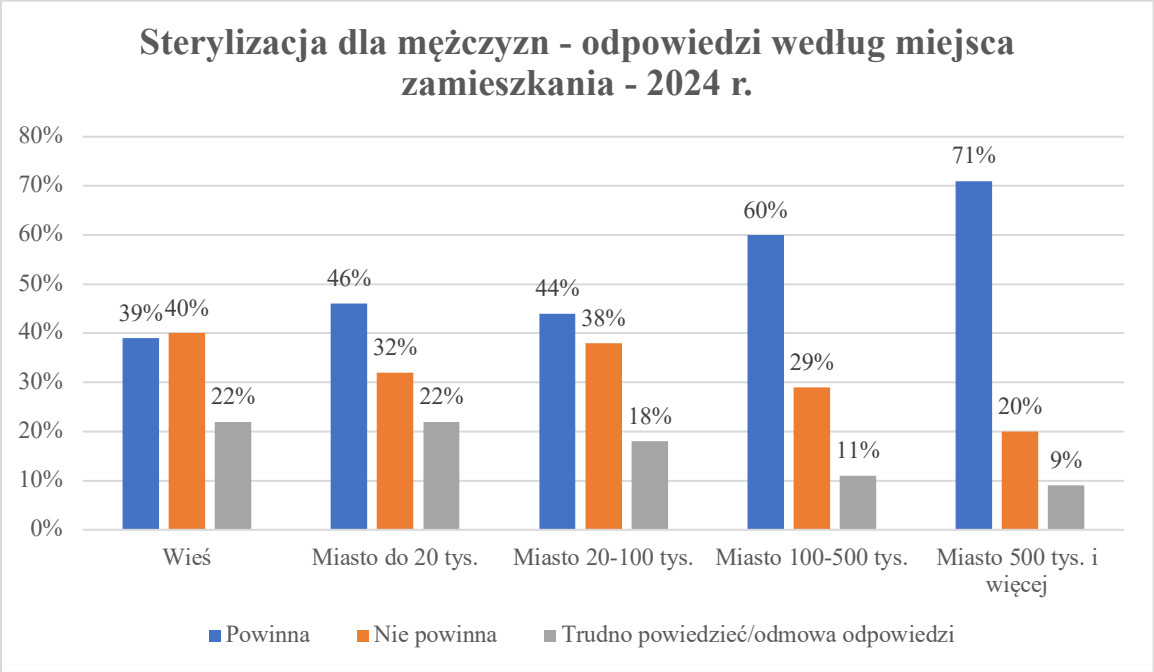


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Badanie z 2024 roku ponownie pokazuje, że im większe miasto, tym większe przyzwolenie na dobrowolną sterylizację dla kobiet. Należy zauważyć, że w 2002 roku jedynie w największych miastach (500 tys. i więcej mieszkańców) było więcej zwolenników niż przeciwników legalnej sterylizacji (odpowiednio 40% i 38%), zaś przez ponad dwadzieścia lat sytuacja uległa znacznej zmianie – nowe badanie jasno obrazuje, że jedynie na wsi znajduje się więcej przeciwników niż zwolenników legalności tej metody antykoncepcyjnej (odpowiednio 38% i 40%).

Mieszkańcy największych aglomeracji miejskich w dominującej części opowiadają się za dopuszczeniem sterylizacji. Blisko trzy czwarte respondentów (72%) wskazało, że zabieg ten powinien być dla kobiet legalny. Oznacza to wzrost odsetka takich odpowiedzi w tej grupie aż o 32 punkty procentowe, przy jednoczesnym spadku odpowiedzi negatywnych o 21 punkty (38% w 2002 roku i 17% w 2024 r.).

Wykres nr 14. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według miejsca zamieszkania (badanie z 2024 r.).

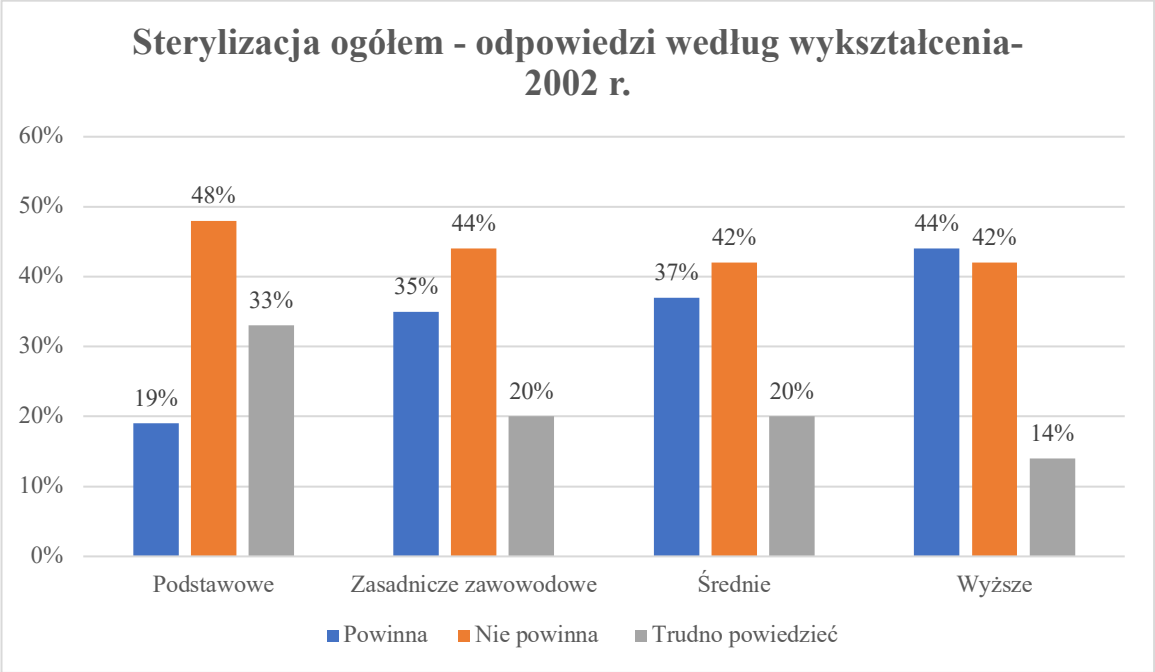


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Porównanie wyników dotyczących zabiegu dla kobiet oraz dla mężczyzn pod względem odpowiedzi mieszkańców różnych ośrodków nie wskazuje na istotne różnice. Wyniki różnią się w granicach kilku punktów procentowych. Uwidacznia się fakt, że w badaniu respondenci byli minimalnie bardziej przychylni legalności kobiecej sterylizacji.

Badania przeprowadzone w 2002 oraz 2024 roku pokazują zależność, zgodnie z którą, z im większego ośrodka miejskiego pochodzi respondent, tym bardziej jest skłonny zaakceptować sterylizację jako metodę antykoncepcyjną. Należy zauważyć, że w 2024 roku na wsiach wciąż więcej osób było przeciwnych sterylizacji niż skłonnych dopuścić tę formę antykoncepcji – zarówno w stosunku do kobiet, jak i do mężczyzn.

Wykres nr 15. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według wykształcenia (badanie z 2002 r.).

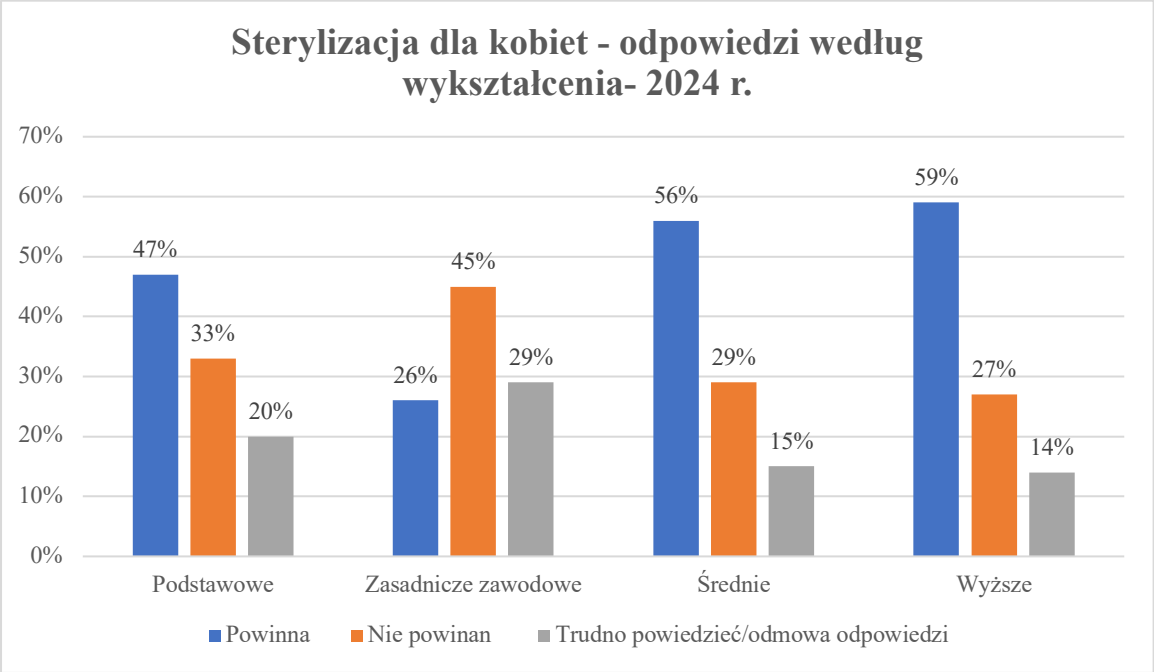


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Badanie przeprowadzone przez CBOS w 2002 roku uwidoczniło również związek między wykształceniem a akceptacją sterylizacji jako formy antykoncepcji. Widać wyraźną tendencję wzrostową związaną ze wzrostem akceptacji dopuszczalności sterylizacji wraz z uzyskiwaniem kolejnych stopni edukacji. Najmniej odpowiedzi „powinna" udzielono wśród osób z wykształceniem podstawowym (19% odpowiedzi), zaś najwięcej z wykształceniem wyższym (44 % odpowiedzi). Grupa pytanych, która ukończyła szkoły wyższe jest też jedyną, w której więcej osób opowiedziało się za dopuszczeniem tej metody niż przeciw (stosunek 44% do 42%).

Należy też zauważyć, że w badanych grupach widoczna jest także tendencja malejąca w korelacji poziomu wykształcenia oraz odpowiedzi negatywnej, lecz różnice te nie są duże. Najwięcej tego typu odpowiedzi zaznaczyły osoby z wykształceniem podstawowym – 48%, zaś najmniej osoby z wykształceniem wyższym – 42%. Różnica między jednym a drugim wskaźnikiem daje zaledwie 6 punktów procentowych, więc nie jest to aż tak widoczna zależność jak przy odpowiedzi pozytywnej.

Wykres nr 16. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według wykształcenia (badanie z 2024 r.).

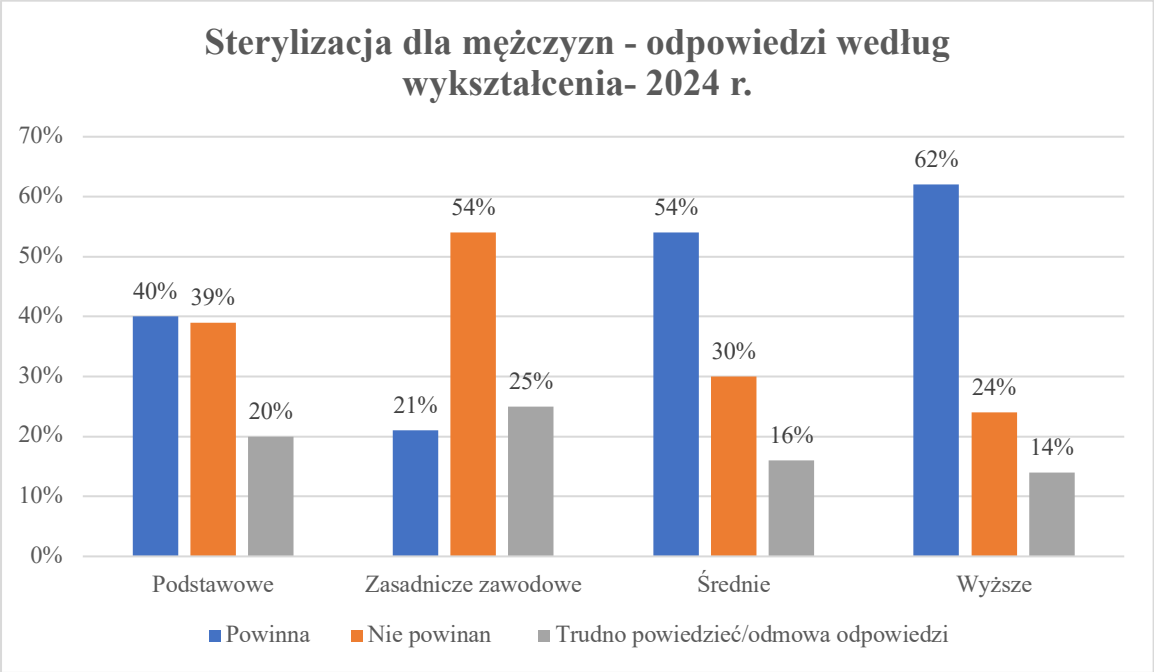


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Badanie z 2024 roku pokazało, że jedynie w grupie osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym znajduje się więcej przeciwników niż zwolenników legalnej sterylizacji dla kobiet – różnica między jednym a drugim odsetkiem wynosi 9 punktów procentowych. W pozostałych grupach podzielonych według wykształcenia odnotować można więcej zwolenników niż przeciwników legalności tej formy antykoncepcyjnej.

Badanie powtórzyło tendencję ukazaną w 2002 roku – z wyższym poziomem wykształcenia wzrasta akceptacja na legalność sterylizacji. Badania ukazują natomiast wyraźne różnice w proporcjach odpowiedzi twierdzących i przeczących, ze znaczną zmianą na przyzwalające podejście. W grupie osób z wyższym wykształceniem odsetek odpowiedzi „powinna" wzrósł z 44% do 59% i jest to grupa z największym odsetkiem takich odpowiedzi.

Wykres nr 17. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według wykształcenia (badanie z 2024 r.).



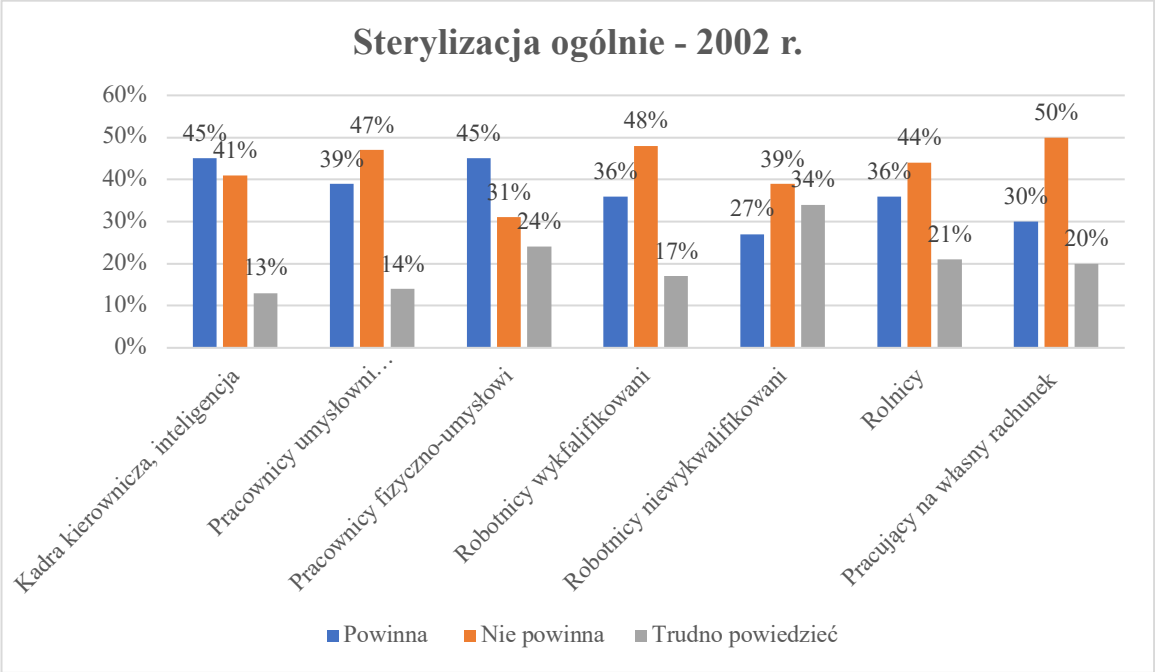
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Odpowiedzi dotyczące męskiej sterylizacji w grupach badanych ze średnim oraz wyższym wykształceniem zasadniczo nie różnią się od odpowiedzi na pytanie o sterylizację dla kobiet (wahania w granicach 3 punktów procentowych).

Większe różnice w poglądach występują natomiast w grupach osób z podstawowym oraz zasadniczym zawodowym wykształceniem. W pierwszej z wymienionych grup respondentów akceptacja co do kobiecej sterylizacji plasuje się na poziomie 47%, zaś co do męskiej nieco mniej, ale także na wysokim poziomie 40%.

Dużo mniej zwolenników legalności zabiegu znajduje się wśród osób z zasadniczym zawodowym wykształceniem – za tym, że męska sterylizacja powinna być legalna opowiedziało się 21% pytanych, a w odniesieniu do kobiecej sterylizacji ponad jedna czwarta respondentów - 26%. Istotnie zmienił się również współczynnik osób deklarujących, że ta forma antykoncepcji nie powinna być legalna – ponad połowa (54%) w stosunku do wazektomii oraz 45% co do sterylizacji dla kobiet. Ukazuje to większe przyzwolenie na sterylizację dla kobiet niż dla mężczyzn wśród osób z wykształceniem na poziomie zasadniczym zawodowym oraz podstawowym.

Wykres nr 18. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według grupy społeczno-zawodowej pracujących (badanie z 2002 r.).



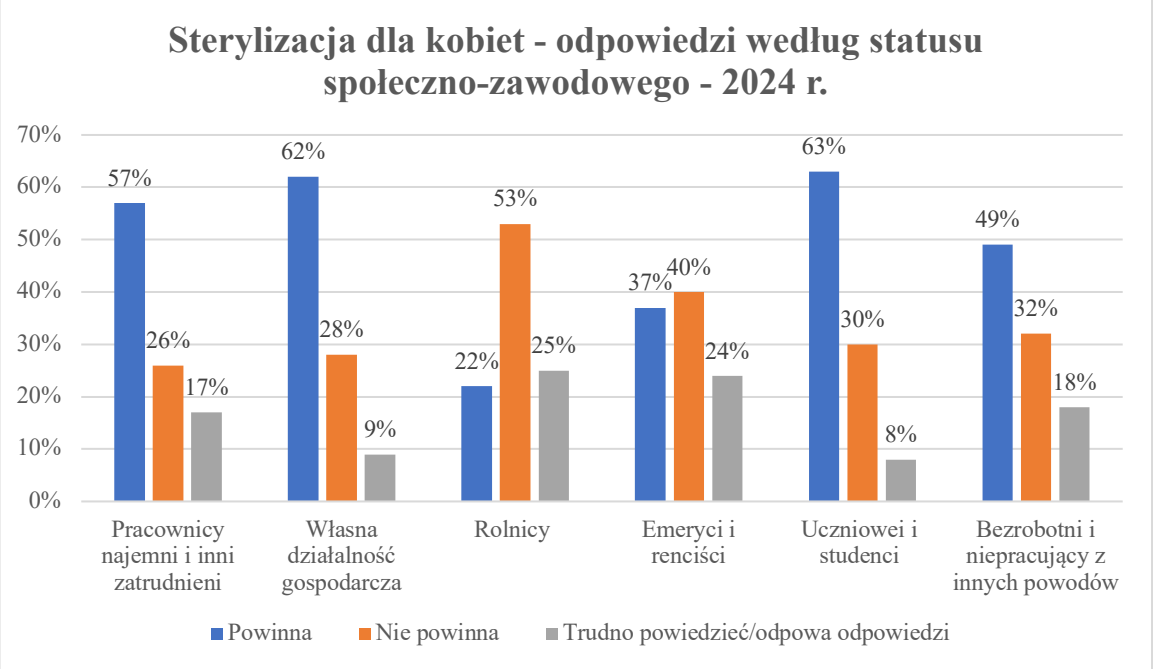
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Analizując odpowiedzi udzielane przez pracujących respondentów można zauważyć, że grupą zawodową najbardziej przychylną dopuszczalności dobrowolnej sterylizacji są pracownicy fizyczno-umysłowi. Wprawdzie w tej grupie odnotować można taki sam odsetek odpowiedzi „powinna", jak w grupie kadry kierowniczej i inteligencji (45%), lecz mniejsza część tej grupy sprzeciwia się dopuszczalności zabiegu (31% przy 41% w grupie kadry kierowniczej).

Najmniejszy odsetek osób popierających dopuszczalność tego zabiegu znajduje się wśród robotników niewykwalifikowanych – 27%, następnie wśród osób pracujących na własny rachunek – 30% – i robotników wykwalifikowanych oraz rolników – 36%. Największy odsetek negatywnej odpowiedzi na zadane pytanie był wśród osób pracujących na własny rachunek i wyniósł 50 %.

Można zauważyć ogólną tendencję powiązania większej aprobaty dla tego zabiegu wśród osób pracujących umysłowo niż tych pracujących fizycznie. Od wskazanej tendencji zdarzają się jednak pewne odchylenia.

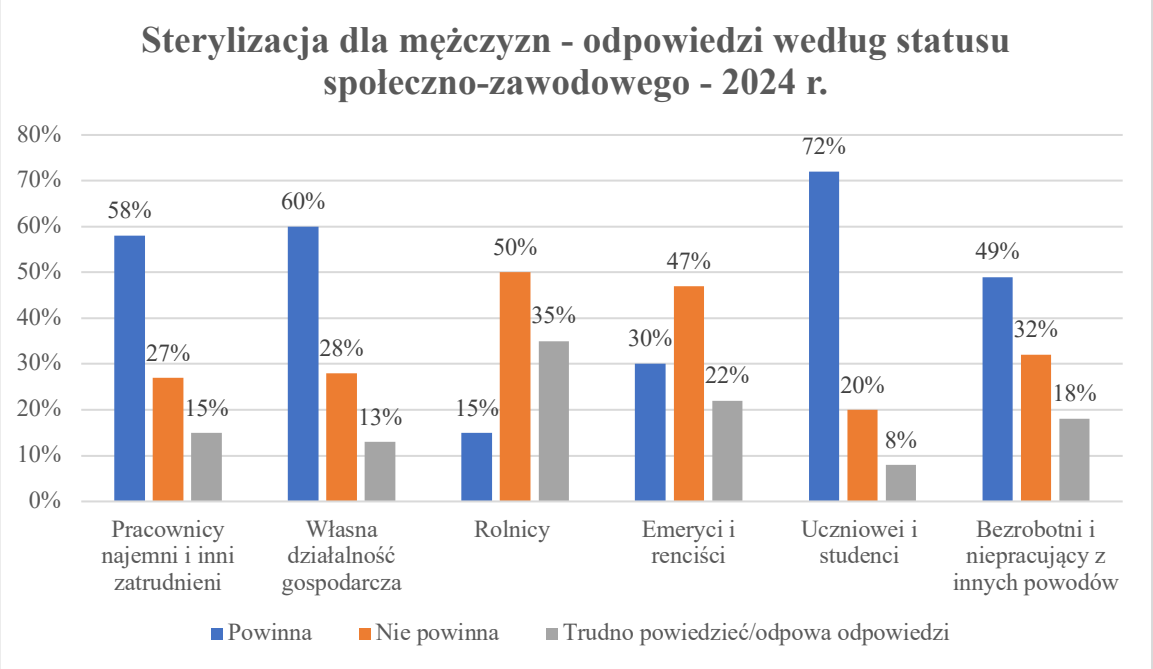
Wykres nr 19. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według statusu społeczno-zawodowego (badanie z 2024 r.).



Źródło: Opracowanie własne na postawie danych CBOS.

Badanie przeprowadzone w 2024 roku pokazało, że w grupie rolników spadł odsetek osób przyzwalających na sterylizację (z 36% w 2002 roku do 22% w 2024 r.), a wzrósł odsetek osób sprzeciwiających się dopuszczalności tej metody antykoncepcyjnej (z 44% w 2002 roku do 53% w 2024 roku w kontekście sterylizacji dla kobiet). Jest to odstępstwo od powszechnej reguły, zgodnie z którą na przestrzeni badanego okresu wzrosła społeczna akceptacja dobrowolnej sterylizacji.

Wykres nr 20. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według statusu społeczno-zawodowego (badanie z 2024 r.).

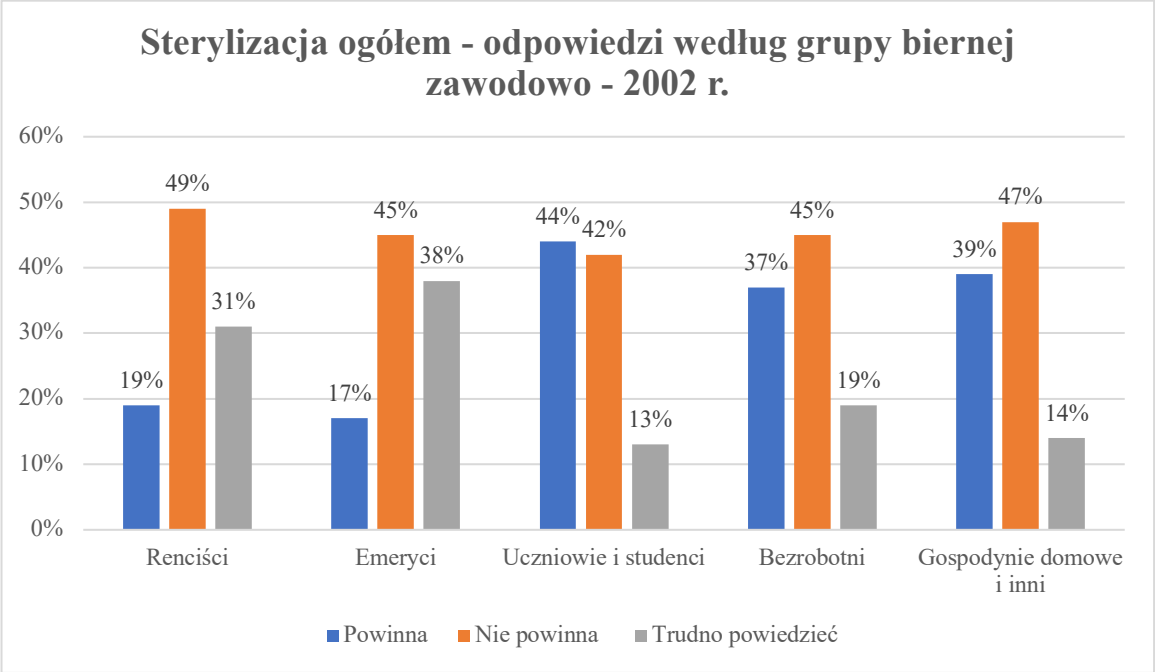


Źródło: Opracowanie własne na postawie danych CBOS.

Porównując opinie dotyczące sterylizacji mężczyzn i kobiet w badaniu z 2024 r., można zwrócić uwagę, że w grupie uczniów i studentów występuje istotnie większe przyzwolenie na sterylizację dla mężczyzn. W kontekście sterylizacji dla kobiet odpowiedź „powinna" zaznaczyło 63% przedstawicieli tej grupy, zaś w kontekście męskiej sterylizacji – 72%. Różnica występuje również w odsetku odpowiedzi „nie powinna" – 30% odpowiedzi przy sterylizacji kobiet oraz 20% przy wazektomii.

Porównując wyniki badań z 2002 roku oraz 2024 roku należy zauważyć, że w pierwszym z badań liczba odpowiedzi twierdzących oraz negatywnych była zbliżona do siebie, lecz z lekką przewagą tych pierwszych. W badaniu z 2024 roku powstała już znaczna dysproporcja na korzyść odpowiedzi twierdzących. Jednocześnie zaznaczyć trzeba, że uczniowie i studenci wykazali większą akceptację dla sterylizacji męskiej.

Wykres nr 21. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według grupy biernej zawodowo (badanie z 2002 r.).

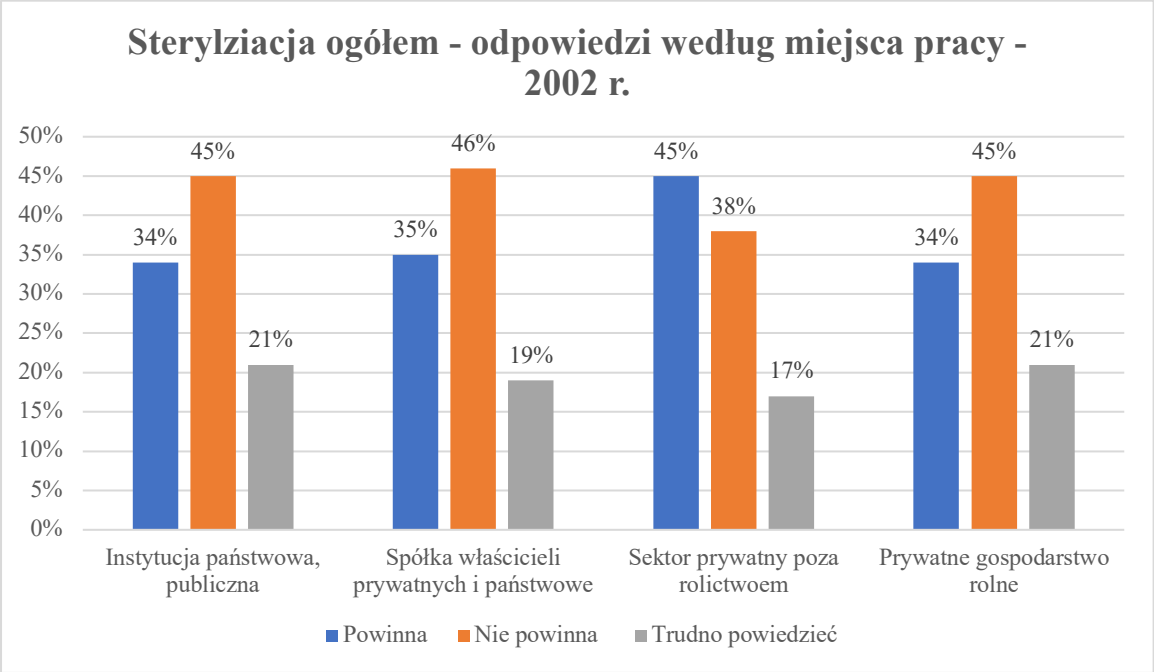


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Zaprezentowany powyżej wykres wyraźnie pokazuje, że grupy emerytów i rencistów są najbardziej przeciwne dopuszczalności sterylizacji jako antykoncepcji. Jedynie 17% emerytów opowiedziało się za dopuszczalnością tej metody, a w grupie rencistów było to 19%. Jednocześnie można zaobserwować, że odsetek odpowiedzi sprzeciwiających się dopuszczalności tego zabiegu był we wszystkich grupach zbliżony i wahał się od 45% wśród emerytów i bezrobotnych do 49% wśród rencistów.

Jedyną grupą bierną zawodowo, wśród której więcej osób opowiedziało się za dopuszczalnością sterylizacji niż przeciwko niej, byli uczniowie i studenci. Różnica między odsetkiem odpowiedzi wyniosła jednak zaledwie 2 punkty procentowe, więc grupa ta jest podzielona prawie równomiernie w swoich opiniach.

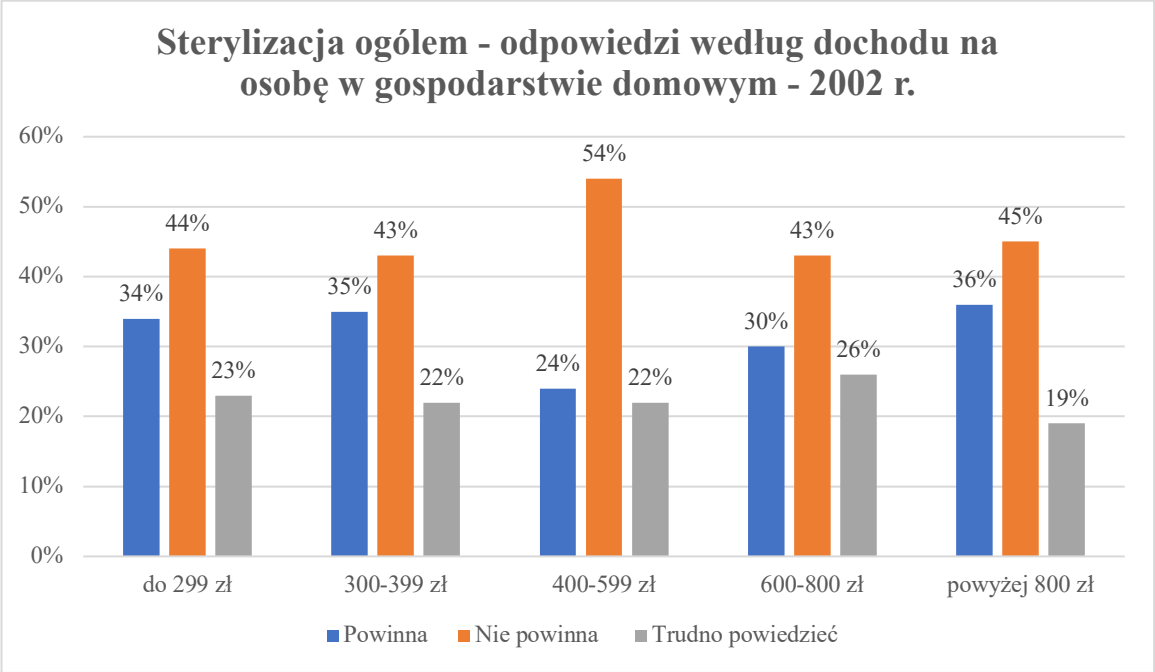
Wykres nr 22. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według miejsca pracy (badanie z 2002 r.).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Analizując dane zamieszczone na powyższym wykresie można zauważyć, że wyniki badania są zbliżone wśród wszystkich grup z podziałem ze względu na miejsce pracy. Wyjątkiem jest grupa osób pracujących w sektorze prywatnym poza rolnictwem, która jest bardziej przychylna dopuszczalności tej formy antykoncepcji – 45% badanych opowiedziała się za dopuszczeniem tej metody przy 38% przeciw. Jest to jedyna grupa wśród analizowanych, gdzie więcej osób było za niż przeciw. Wśród pozostałych grup respondentów wyniki były bardzo zbliżone i odpowiedzi za dopuszczeniem wahały się w granicach 34-35%, a przeciw 45-46%.

Wykres nr 23. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna – odpowiedzi według dochodu netto na osobę w gospodarstwie domowym (badanie z 2002 r.).[450]

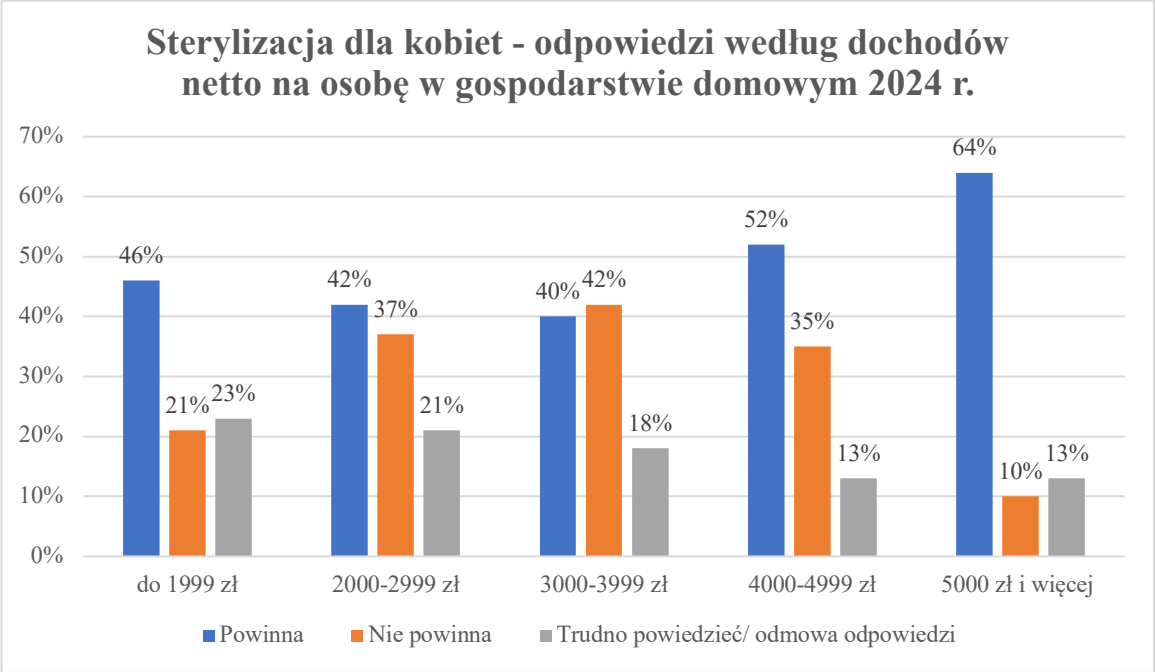


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Wykres zaprezentowany powyżej pokazuje wyniki badania z 2002 roku w grupach podzielonych według dochodu na osobę w gospodarstwie domowym. Podejście do zabiegu sterylizacji we wszystkich grupach zdaje się zbliżone – odsetek odpowiedzi pozytywnych waha się między 24% (osoby z dochodami 400-599 zł na osobę) a 36% (osoby z dochodami powyżej 800 zł na osobę). Nie ma również istotnych różnic między odpowiedzią negatywną, gdzie amplituda wynosi 11 punktów procentowych (różnica między 54% w grupie 400-599 zł i 43% w grupie 300-399 zł albo 600-800 zł, gdzie odsetek tych odpowiedzi jest identyczny). Oznacza to, że przeprowadzone badanie nie wykazało istotnych statystycznie relacji związanych z wysokością dochodu na osobę w rodzinie a skłonnością do akceptacji sterylizacji jako metody antykoncepcyjnej.

[450] Pensja minimalna w 2002 roku wynosiła 760 zł, zaś przeciętne wynagrodzenie wynosiło 2 133,21 zł https://lipsko.praca.gov.pl/stawki-kwoty-wskazniki-wynagrodzenie-minimalne/-/asset_publisher/g73jnXue12dM/content/2793515-wynagrodzenie-minimalne/pop_up?_101_INSTANCE_g73jnXue12dM_viewMode=print, https://wskazniki.gofin.pl/8,126,1,przecietne-wynagrodzenie-za-lata-od-1950-r-do-2022-r.html [dostęp: 31.01.2024]

Wykres nr 24. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według miesięcznego dochodu netto na osobę w gospodarstwie domowym. Rok 2024.

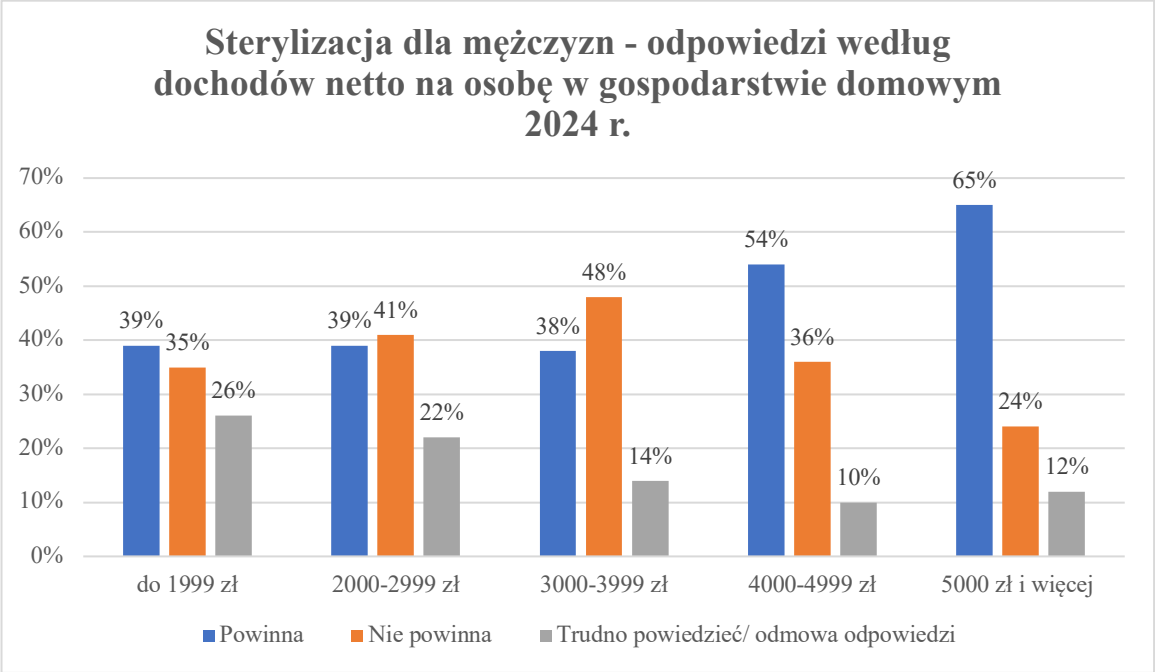


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Na wykresie obrazującym wyniki badania z 2024 roku dotyczącego opinii na temat sterylizacji dla kobiet w grupach respondentów podzielonych według dochodu na osobę w rodzinie wyraźnie widać, że w trzech grupach z niższymi dochodami odsetek odpowiedzi „powinna" znajduje się na zbliżonym poziomie 40-46%. W tych samych grupach istotnie zmienia się odsetek odpowiedzi „nie powinna" – w grupie z dochodami do 1999 zł na osobę odpowiedź przeczącą zaznaczyło 21%, zaś w grupie z dochodami na poziomie 3000-3999 zł blisko dwa razy więcej – 42%. Należy zauważyć również, że wyłącznie w tej grupie więcej osób odpowiedziało przecząco niż twierdząco.

Jednocześnie można zaobserwować, że począwszy od grupy z dochodami 3000-3999 zł na osobę idąc przez kolejne z większymi zarobkami, stopniowo wzrasta przyzwolenie na sterylizację jako metodę antykoncepcyjną. W grupie osób z największymi dochodami w przeliczeniu na osobę zaobserwować można największy odsetek odpowiedzi „powinna" – 64%.

Wykres nr 25. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według miesięcznego dochodu netto na osobę w gospodarstwie domowym. Rok 2024.

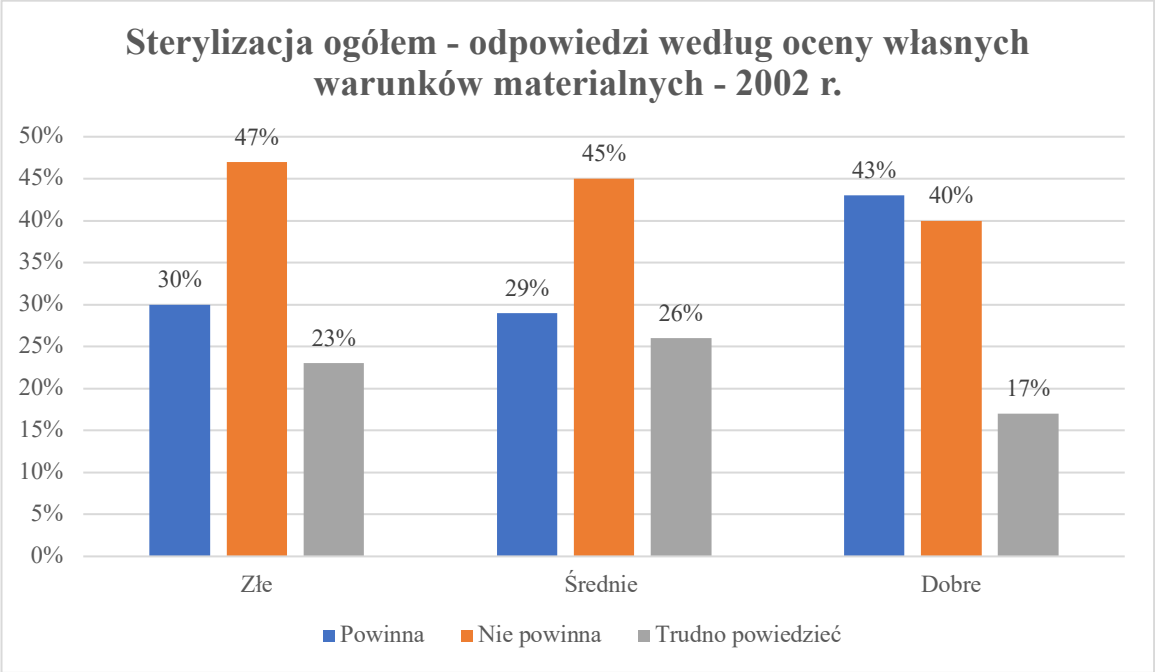


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Analizując dane zawarte na wykresie dotyczącym sterylizacji męskiej można dojść do podobnych wniosków, jak przy wynikach dotyczących sterylizacji dla kobiet. W pierwszych trzech grupach poziom akceptacji znajduje się na zbliżonym poziomie (38-39%), zaś odpowiedzi oznaczające dezaprobatę rosną z poziomu 35% w grupie z dochodami do 1999 zł na osobę do 48% wśród grupy z dochodami 3000-3999 zł na osobę w gospodarstwie domowym. Ponownie również potwierdza się, że od tej środkowej grupy do grup z większymi dochodami zaznacza się tendencja wzrostowa względem akceptacji tego zabiegu.

W stosunku do sterylizacji mężczyzn przewaga odpowiedzi negatywnych nad pozytywnymi występuje w dwóch grupach – z dochodami na poziomie 2000-2999 zł oraz 3000-3999 zł na osobę w gospodarstwie domowym.

Wykres nr 26. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według oceny własnych warunków materialnych (badanie z 2002 r.).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

O ile w badaniu z 2002 roku nie była widoczna wyraźna tendencja w stosunku do sterylizacji przy podziale na określony kwotowo dochód na osobę, to przy ocenie własnych warunków materialnych sytuacja ta uległa zmianie. Im lepiej respondent oceniał swoje warunki materialne, tym bardziej był skłonny opowiedzieć się za dopuszczalnością dobrowolnej sterylizacji.

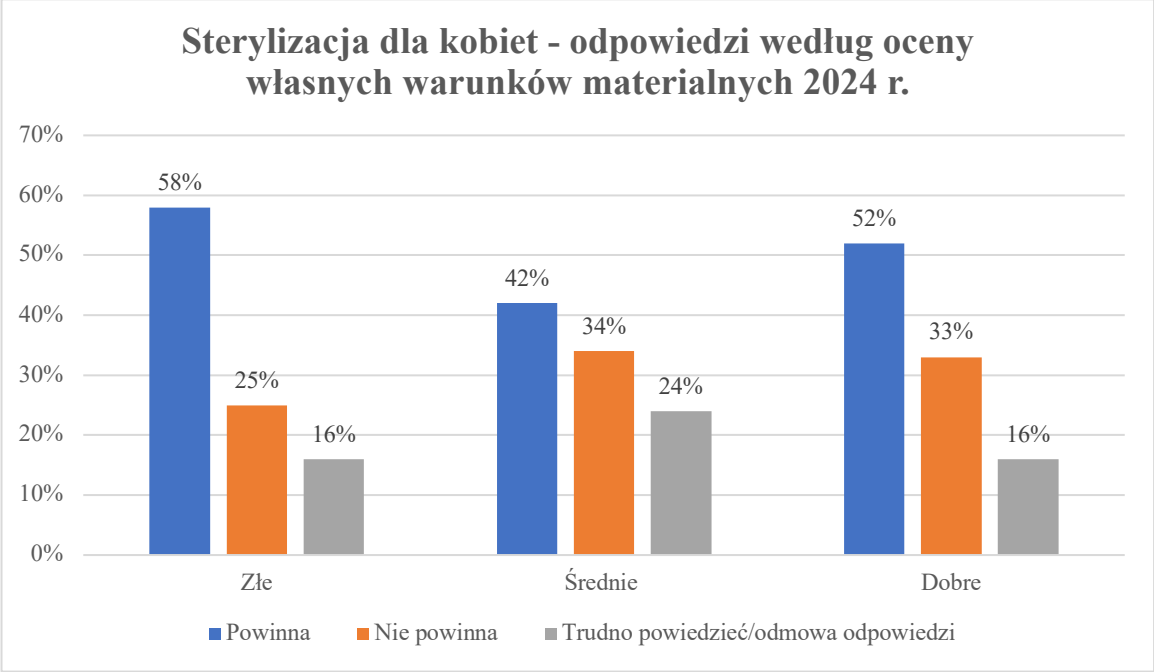
Najbardziej pozytywnie ustosunkowano się do zadanego pytania wśród grupy osób, które dobrze oceniają swoje warunki – było to 43%, zaś najmniej (29%) w grupie, która ocenia je jako średnie. Między odpowiedziami w grupie „złe" a „średnie" nie ma większej różnicy, gdyż wynosi ona zaledwie 1 punkt procentowy.

W przypadku odpowiedzi negatywnej zauważalna jest tendencja spadkowa uzależniona od oceny swoich warunków materialnych i tak najczęściej odpowiedzi „nie powinna" udzielano wśród osób, które swoje warunki oceniają jako złe (47%) zaś niemniej wśród tych, którzy oceniają je jako dobre (40% udzielonych odpowiedzi).

Wykazana tendencja może wiązać się z tym, że ludzie doceniają swoją dobrą sytuację materialną, a akceptacja dopuszczalności sterylizacji może wiązać się z przekonaniem, że

wydatki związane z posiadaniem dziecka (pierwszego bądź kolejnego) mogą negatywnie wpłynąć na warunki materialne respondenta.

Wykres nr 27. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według oceny własnych warunków materialnych. Rok 2024.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

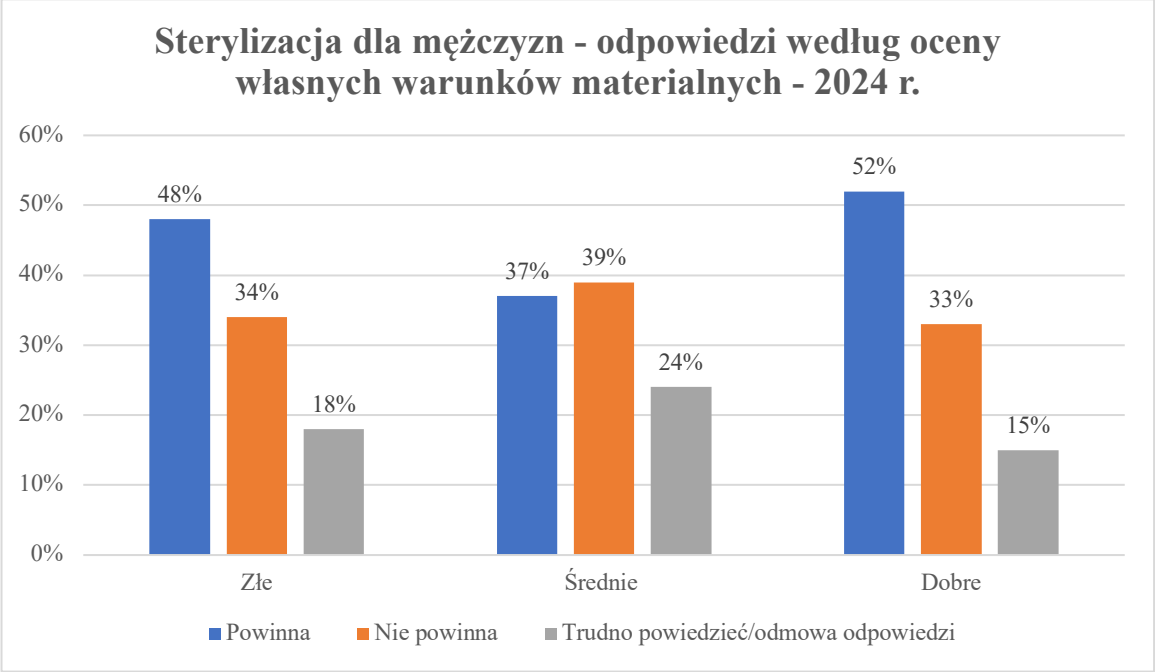
Wykres powyżej obrazuje tendencję odwrotną niż pokazywały to wyniki z 2002 roku W pierwszym badaniu więcej osób określających swoje warunki materialne jako dobre opowiadało się za legalnością sterylizacji niż w grupie określającej je jako złe. Z kolei badanie z 2024 roku pozwoliło na ustalenie, że więcej akceptacji dla sterylizacji kobiecej odnotowano wśród osób z drugiej z wymienionych grup.

Należy zauważyć również, że w nowym badaniu w każdej z grup padło więcej odpowiedzi „powinna" niż odpowiedzi „nie powinna", zaś w pierwszym z analizowanych badań taka sytuacja miała miejsce wyłącznie w grupie osób oceniających swoje warunki jako dobre.

W badaniu z 2002 roku najbardziej przychylna akceptacji sterylizacji była grupa najlepiej oceniająca swoje warunki materialne (43% odpowiedzi twierdzących w grupie oceniającej swoje warunki materialne jako dobre), zaś badanie przeprowadzone w 2024 roku

pokazało, że najwięcej tego typu odpowiedzi znalazło się w grupie oceniającej własne warunki bytowe jako złe – 58%.

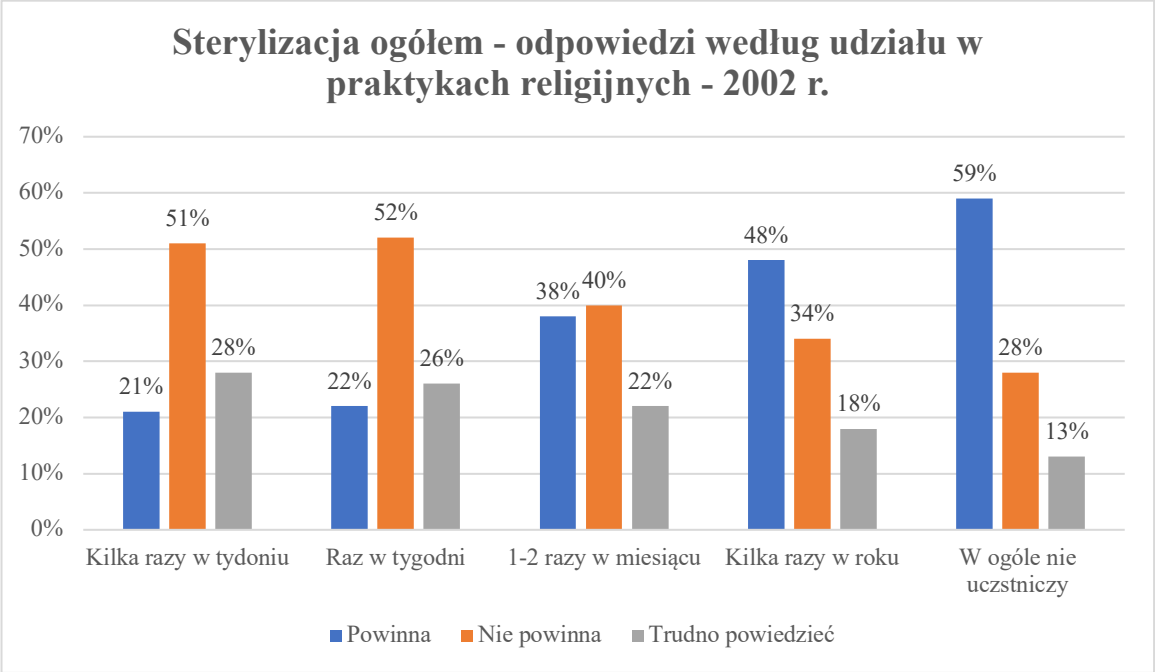
Wykres nr 28. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według oceny własnych warunków materialnych. Rok 2024.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Tendencja opisana pod wykresem nr x nie jest powtórzona w stosunku do pytania dotyczącego sterylizacji dla mężczyzn. W grupie określającej własne warunki materialne jako dobre odpowiedzi kształtują się identycznie w stosunku do męskiej i żeńskiej sterylizacji. Grupy określające swoje warunki jako średnie lub złe są bardziej skłonne zaakceptować sterylizację dla kobiet niż tę przeznaczoną dla mężczyzn. W grupie najmniej zamożnej różnica w odpowiedziach, że sterylizacja powinna być legalna różni się o 10 punktów procentowych w zależności od tego, której płci ma dotyczyć (48% przy sterylizacji mężczyzn i 58% przy sterylizacji kobiet).

Wykres nr 29. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według udziału w praktykach religijnych (badanie z 2002 r.).



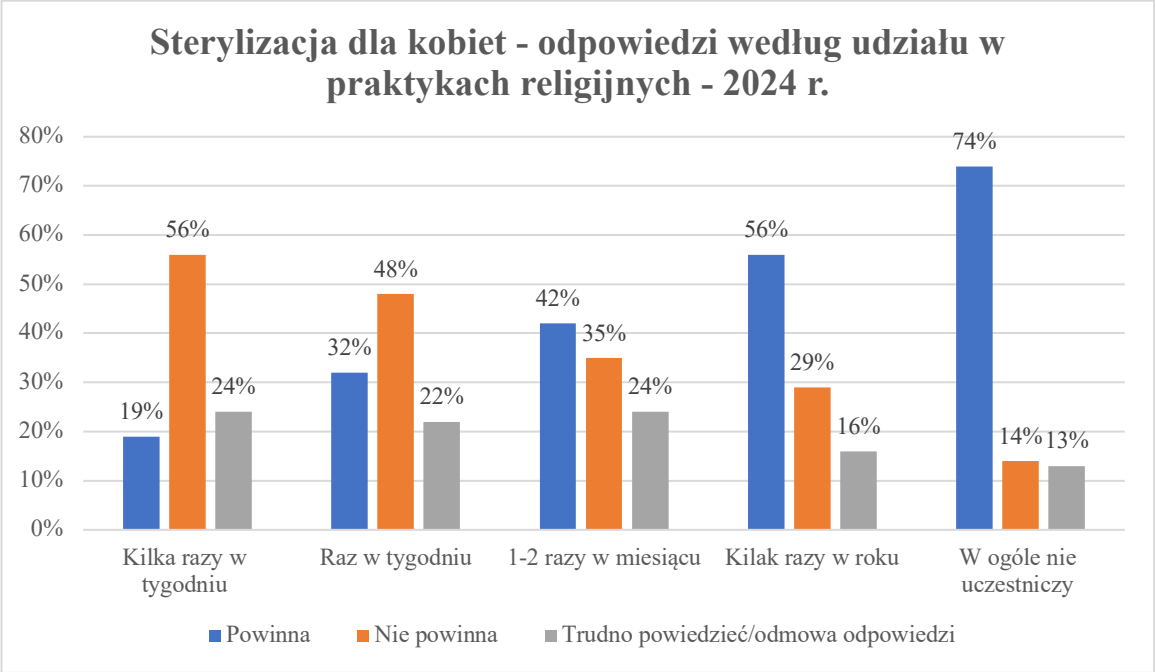
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Kolejnym czynnikiem, przy którym widać wyraźną korelację z akceptowaniem dobrowolnej sterylizacji jest udział w praktykach religijnych. Im respondent rzadziej uczestniczy w praktykach religijnych, tym bardziej jest skłonny zaakceptować tę formę sterylizacji. Widoczna jest tendencja wzrostowa i najmniejszy odsetek odpowiedzi „powinna" odnotowano wśród ludzi biorących udział w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu (21% respondentów), a największy wśród osób nie uczestniczących w takich obrzędach – 59%.

Grupy osób, które uczestniczą w praktykach religijnych kilka razy w roku oraz te, które w ogóle w nich nie uczestniczą są tymi, gdzie więcej osób udzieliło pozytywnej odpowiedzi niż negatywnej. W pierwszej z wymienionych grup respondentów różnica między odpowiedzią za dopuszczalnością a odpowiedzią przeciw niej wynosiła 14 punktów procentowych, zaś w drugiej grupie aż 31 punktów procentowych.

Podobnie kształtuje się sytuacja z odpowiedziami opozycyjnymi do dopuszczalności tego zabiegu. Największy odsetek tego typu odpowiedzi odnotowano wśród osób uczestniczących w praktykach religijnych raz w tygodniu (52%), zaś najmniejszy wśród tych, którzy nie biorą w nich udziału – 28%.

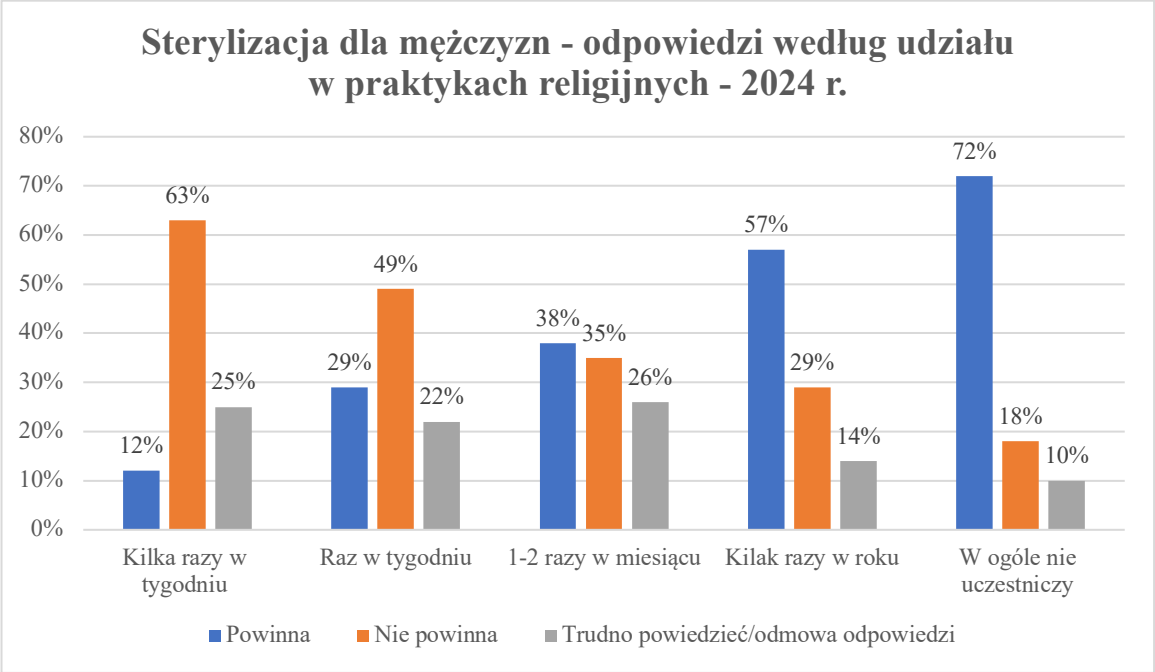
Wykres nr 30 Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według udziału w praktykach religijnych. Rok 2024.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Badanie z 2024 roku potwierdziło zależność, zgodnie z którą, im rzadszy udział respondenta w praktykach religijnych, tym bardziej jest on skłonny zaakceptować legalność sterylizacji. Analizując wyniki dotyczące zabiegu dla kobiet w grupach najczęściej uczestniczących w praktykach religijnych (kilka razy w tygodniu lub raz w tygodniu), zauważa się, że odsetek osób popierających legalność zabiegu jedynie lekko wzrósł. Większy wzrost akceptacji nastąpił w grupach, które deklarowały mniejsze przywiązanie do religii. Największy wzrost odnotowywany w punktach procentowych nastąpił wśród osób, które w ogóle nie uczestniczą w praktykach religijnych – z 59% odpowiedzi „powinna" do 74% takich odpowiedzi, czyli aż o 15 punktów procentowych.

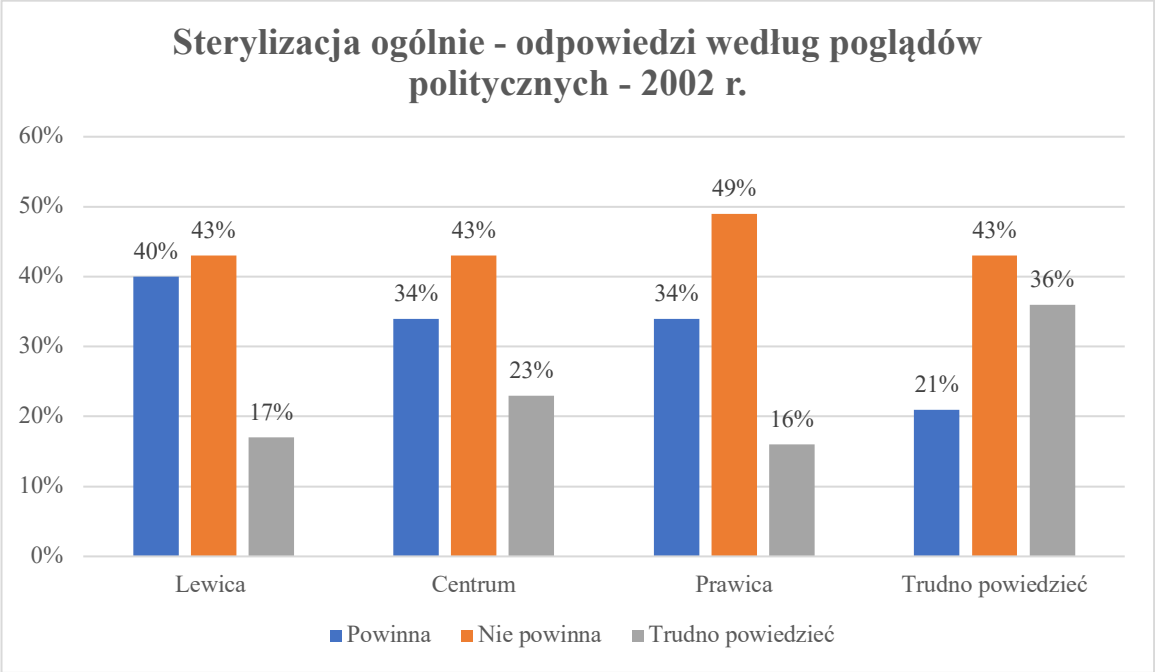
Wykres nr 31. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według udziału w praktykach religijnych. Rok 2024.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Tendencje, które można odczytać na podstawie danych zobrazowanych na wykresie dotyczącym kobiecej sterylizacji są również widoczne na tym dotyczącym sterylizacji dla mężczyzn. Można zaobserwować jednak większy brak akceptacji dla męskiej sterylizacji w grupach najczęściej uczestniczących w praktykach religijnych – w grupie uczestniczącej kilka razy w tygodniu przeciwko legalności było 63% ankietowanych (w stosunku do sterylizacji dla kobiet - 56%). Oznacza to, że osoby najczęściej uczestniczące w praktykach religijnych łatwiej zaakceptowałyby legalność sterylizacji dla kobiet niż dla mężczyzn.

Wykres nr 32. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według poglądów politycznych. Rok 2002.

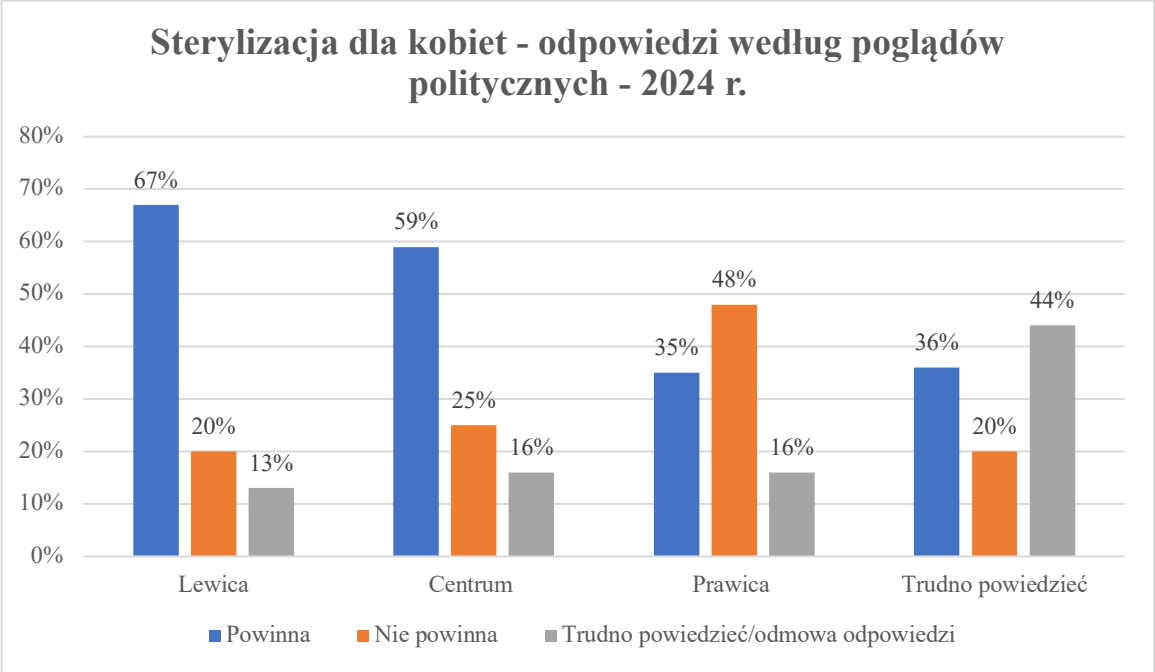


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Wykres powyżej obrazuje, że bardziej przychylni dopuszczalności dobrowolnej sterylizacji byli respondenci, którzy określili swoje poglądy jako lewicowe – wśród tej grupy 40% osób udzieliło odpowiedzi „powinna", 43% „nie powinna", a 17% „trudno powiedzieć". Mniej przychylne dopuszczalności tego zabiegu były osoby o poglądach centrowych - 34% osób udzieliło odpowiedzi „powinna", 43% „nie powinna", a 23 % „trudno powiedzieć". U osób o poglądach prawicowych można zauważyć największy odsetek odpowiedzi przeciwnych dopuszczalności sterylizacji – 49%. Najmniej procentowo odpowiedzi „powinna" udzielono w grupie, która nie potrafiła określić swoich poglądów politycznych i było to 21%.

Mimo istnienia korelacji między poglądami deklarowanymi poglądami politycznymi a pozytywną odpowiedzią o dopuszczalności dobrowolnej sterylizacji w żadnej z grup nie zanotowano więcej odpowiedzi „za" niż tych „przeciw". Najmniejsza różnica między odpowiedziami widoczna jest wśród sympatyków lewicy – 3 punkty procentowe, zaś największa w grupie osób nie mogących określić swoich poglądów – 22 punkty procentowe.

Wykres nr 33. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według poglądów politycznych. Rok 2024.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

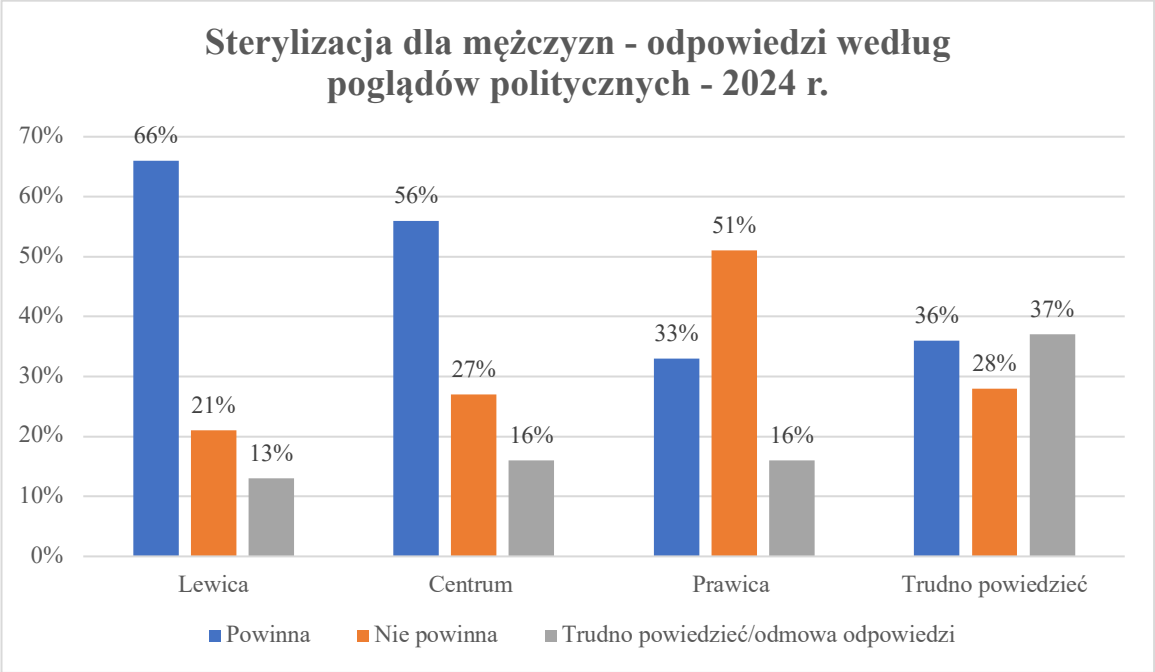
W badaniu z 2024 roku jedynie osoby identyfikujące swoje poglądy polityczne jako prawicowe w większym stopniu opowiadały się za tym, że kobieca sterylizacja nie powinna być legalna (48% respondentów), niż że powinna być zgodna z prawem (35%). W grupach badawczych z poglądami lewicowymi oraz centrowymi więcej respondentów uznało, że sterylizacja dla kobiet powinna być legalna (odpowiednio 67% i 59% ankietowanych).

Grupie badawczej, której trudno było określić swoje poglądy polityczne, również trudno było ustosunkować się do zadanego w badaniu pytania – odpowiedzi „trudno powiedzieć" lub odmowy odpowiedzi udzieliło aż 44% z nich.

O ile w badaniu z 2002 roku tylko osoby z poglądami lewicowymi były bardziej przychylne temu zabiegowi, to w nowym badaniu widać wyraźną tendencję, zgodnie z którą im deklarowany pogląd sytuuje się dalej od prawicy, tym większa akceptacja zabiegu.

Wykres powyżej pokazuje dużo wyraźniejsze tendencje związane z poglądami politycznymi niż ten obrazujący wyniki badania przeprowadzonego w 2002 roku Różnice w odpowiedziach są znaczące i zdecydowanie najwięcej zwolenników akceptacji sterylizacji jako metody antykoncepcyjnej znajduje się wśród osób o poglądach lewicowych.

Wykres nr 34. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według poglądów politycznych. Rok 2024.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Wyniki względem sterylizacji dla mężczyzn kształtują się bardzo podobnie w porównaniu do wyników dotyczących kobiet – różnice w odpowiedziach wahają się w granicach kilku punktów procentowych. Nie jest widoczna zatem zależność między poglądami politycznymi a większym lub mniejszym przyzwoleniem na sterylizację dla jednej z płci.

Można zauważyć jednak lekkie zmiany prezentowanych opinii w grupie, której trudno jest określić swoje poglądy polityczne – w stosunku do sterylizacji mężczyzn więcej osób zaznaczyło odpowiedź „nie powinna" (28% pytanych – w stosunku do sterylizacji dla kobiet było to 20%), natomiast mniej zaznaczyło odpowiedź „trudno powiedzieć" lub odmówiło odpowiedzi (37% pytanych, gdy w stosunku do sterylizacji dla kobiet było to 44%). Oznacza to, że w tej grupie badanych istnieje lekko większy brak przyzwolenia dla wazektomii niż dla podwiązania jajowodów.

§ 4 Wnioski z badania

Przeprowadzone badanie niewątpliwie ukazało zmiany postaw i opinii dotyczących sterylizacji antykoncepcyjnej jakie zaszły na przestrzeni 22 lat w społeczeństwie polskim. Badanie przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego na reprezentatywnej grupie

mieszkańców Polski pozwoliło w krótkim czasie zbadać, jak kształtowała się opinia na badany temat w 2002 roku oraz w 2024 r., co stanowiło sedno postawionego problemu badawczego.

Poniżej dokonano weryfikacji lub falsyfikacji postawionych hipotez badawczych.

Problem badawczy: Jak zmieniła się opinia społeczeństwa polskiego na temat zabiegu dobrowolnej sterylizacji w badanym okresie oraz jak prezentuje się w najnowszym badaniu?
Hipoteza badawcza: Społeczne przyzwolenie na dopuszczalność dobrowolnej sterylizacji w badanym okresie zwiększyło się, a najnowsze badania ukazują, że więcej osób jest za dopuszczalnością niż przeciw niej.

Analiza wyników badań pozwoliła na potwierdzenie postawionej głównej hipotezy badawczej. Należy uznać, że w społeczeństwie nastąpiła znaczna zmiana dotycząca postawy wobec dobrowolnej sterylizacji. W 2024 roku zdecydowanie więcej osób uważa, że zabieg sterylizacji powinien być w Polsce dopuszczalny jako metoda antykoncepcyjna – zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn. Potwierdzenie głównej hipotezy badawczej jest rezultatem uzyskanych odpowiedzi na postawione w procesie badawczym problemy szczegółowe.

Problem szczegółowy nr 1: Jak kształtowała się opinia na temat dopuszczalności zabiegu sterylizacji w 2002 r.?

Badanie z 2002 roku ukazało, że w tym czasie większa część respondentów opowiadała się przeciw dopuszczalności sterylizacji – 27% respondentów udzieliło odpowiedzi „raczej nie powinna", z 17% odpowiedziało „zdecydowanie nie powinna". Oznacza to, że niewiele mniej niż połowa ankietowanych (44%) uznała, że sterylizacja nie powinna być w Polsce legalna.

Odpowiedzi odwrotnej udzieliła jedna trzecia badanych – 21% odpowiedziało „raczej powinna", a odpowiedzi „zdecydowanie powinna" udzieliło 12% respondentów. Wyniki badań wyraźnie pokazują, że opinię zwolenników i przeciwników tego zabiegu dzieliło 11 punktów procentowych.

Jednocześnie warto zaznaczyć, że duży odsetek badanych nie był w stanie określić swojej opinii na temat tej metody antykoncepcyjnej – blisko jedna czwarta ankietowanych, bo aż 23% z nich, udzieliło odpowiedzi „trudno powiedzieć". Tak duży odsetek niezdecydowanych pokazuje, że w 2002 roku temat sterylizacji antykoncepcyjnej nie był powszechnie znany w Polsce.

Problem szczegółowy nr 2: Jak kształtowała się opinia na temat dopuszczalności zabiegu sterylizacji w 2024 r.?

Wyniki badania z 2024 roku ukazały zmianę postaw społeczeństwa polskiego względem zabiegu sterylizacji w porównaniu do badania z 2002 roku W pytaniu dotyczącym sterylizacji kobiet, blisko połowa respondentów (49,2%) uznała, że taki zabieg powinien być w Polsce dopuszczalny (21,1% odpowiedzi „zdecydowanie powinna" oraz 28,1% odpowiedzi „raczej powinna"). Zdanie przeciwne prezentowało nieco mniej niż jedna trzecia badanych osób (32,5% badanych - 17% odpowiedzi „zdecydowanie nie powinna" oraz 15,5% odpowiedzi „raczej nie powinna"). Oznacza to, że więcej osób opowiedziało się „za" dopuszczalnością sterylizacji dla kobiet niż „przeciw" niej.

W porównaniu do badania z 2002 roku można zauważyć, że wzrost odpowiedzi twierdzących wyniósł 16,2 punktu procentowego. Odsetek odpowiedzi przeczących zmniejszył się za natomiast o 11,5 punktu procentowego.

Swojego zdania w badanym obszarze nie potrafiło określić 16,8% respondentów, zaś 1,5% odmówiło udzielenia odpowiedzi. Oznacza to spadek odsetka niezdecydowanych w porównaniu z poprzednim badaniem o 4,7 punktu procentowego.

Podobne tendencje widoczne były w wynikach badania dotyczącego sterylizacji dla mężczyzn – za legalnością opowiedziało się 47,3% respondentów (21,8% odpowiedzi „zdecydowanie powinna" oraz 25,5% odpowiedzi „raczej powinna"). Oznacza to wzrost o 14,3 punktu procentowego względem badania z 2002 roku Jednocześnie można zauważyć, że uzyskany w tym badaniu wynik dotyczący mężczyzn jest o 1,9 punktu procentowego niższy niż w stosunku do tego samego pytania, lecz dotyczącego kobiet.

Odpowiedzi negatywnej na zadane pytanie udzieliło 34,7% badanych (17,8% odpowiedzi „zdecydowanie nie" oraz 16,9% odpowiedzi „raczej nie"). Jest to spadek przeczących odpowiedzi o 9,3 punktu procentowego w porównaniu do badania z 2002 roku Jednocześnie jest to wartość o 2,2 punktu procentowego wyższa niż przy tym samym pytaniu dotyczącym kobiet.

Wyniki przeprowadzonych badań obrazują wzrost akceptacji co do legalności sterylizacji jako metody antykoncepcyjnej na przestrzeni ostatnich 22 lat. Dotyczy to zarówno zabiegu dla kobiet, jak i mężczyzn, lecz widoczne jest lekko większe przyzwolenie dla sterylizacji kobiecej.

Problem badawczy nr 3: Jak kształtował się stopień akceptacji dopuszczalności dobrowolnej sterylizacji w poszczególnych grupach socjodemograficznych w 2002 r.?

Wyniki badania z 2002 roku nie ukazały korelacji między opinią na temat dopuszczalności sterylizacji a dwoma cechami socjogeograficznymi: wiekiem i dochodem na jedną osobę w gospodarstwie domowym. Respondenci podzieleni według tych kryteriów udzielali podobnych odpowiedzi.

Można natomiast zauważyć, że uczestnicy badania udzielali różnych odpowiedzi w zależności od tego, w jakim byli wieku. Im młodszy był respondent, tym chętniej akceptował on dopuszczalność dobrowolnej sterylizacji. W najmłodszej grupie badanych (18-24 lata) odsetek odpowiedzi „powinna" wynosił 40%, zaś w najstarszej (65 lat i więcej) zaledwie 16%. Największy odsetek pozytywnych odpowiedzi wykazywała grupa wiekowa 25-34 lata – 45%.

Odpowiedzi respondentów były zróżnicowane również względem ich miejsca zamieszkania – największy odsetek zwolenników dopuszczalności sterylizacji odnotowano w miastach o liczbie mieszkańców przekraczającej 500 tys. i był to poziom 40%. W 2002 roku wyłącznie wśród tej grupy badanych częściej padała odpowiedź twierdząca niż przecząca. Badanie ukazało generalną tendencję, zgodnie z którą im większy ośrodek, z którego pochodzi respondent, tym bardziej jest on skłonny zaakceptować legalność sterylizacji. Wśród mieszkańców wsi odpowiedź „powinna" zaznaczyło 27% respondentów, zaś „nie powinna" aż 47%.

Także wykształcenie było czynnikiem różnicującym odpowiedzi badanych. Najmniej odpowiedzi akceptujących legalność sterylizacji antykoncepcyjnej udzielono wśród osób z wykształceniem podstawowym (19% odpowiedzi), zaś najwięcej wśród osób z wykształceniem wyższym – 44%. W 2002 roku jedyną grupą badanych, gdzie przeważała zgoda na dopuszczalność tego zabiegu nad odpowiedziami przeczącymi była grupa z wykształceniem wyższym – 44% „za" oraz 42% „przeciw". Zauważono ogólną tendencję, zgodnie z którą im respondent był lepiej wykształcony, tym chętniej akceptował dopuszczalność sterylizacji.

Analizując odpowiedzi badanych wykonujących różne zawody, trudno wskazać wyraźne tendencje. Można natomiast zauważyć, że większy odsetek akceptacji tej metody antykoncepcyjnej odnotowano wśród osób pracujących umysłowo niż wśród osób pracujących fizycznie.

Respondenci udzielali różnych odpowiedzi w zależności od tego, jak oceniali swoje warunki materialne – wśród osób oceniających je jako złe rzadziej padała odpowiedź akceptująca sterylizację niż wśród tych, który oceniali je jako dobre – 30% odpowiedzi

„powinna” w grupie oceniającej warunki materialne jako złe oraz 43% w grupie oceniającej je jako dobre.

Na odpowiedzi respondentów wpływ miała również częstotliwość udziału w praktykach religijnych. Odczytano ogólną tendencję, że im częstszy udział w praktykach religijnych, tym mniej dana osoba jest w stanie zaakceptować tę metodę antykoncepcyjną. Wśród osób uczestniczących w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu zaledwie 21% respondentów zaznaczyło odpowiedź „powinna”, podczas gdy w grupie badanych w ogóle nieuczestniczących, takich odpowiedzi było 59%.

Ponadto zauważono, że wpływ na odpowiedzi respondentów miały również ich poglądy polityczne. Wśród osób o poglądach lewicowych 40% zaznaczyło odpowiedź „powinna”, zaś wśród osób o poglądach centrowych oraz prawicowych takich odpowiedzi było 34%.

Problem badawczy nr 4: Jak kształtował się stopień akceptacji dopuszczalności dobrowolnej sterylizacji w poszczególnych grupach socjodemograficznych w 2024 r.?

Analizując odpowiedzi w badaniu z 2024 r., można zauważyć, że podobnie jak w badaniu z 2002 roku płeć nie była czynnikiem mocno różnicującym odpowiedzi respondentów. Odpowiedzi były zbliżone w grupach respondentów obojga płci, zarówno w kontekście sterylizacji dla kobiet, jak i dla mężczyzn.

Podobne jak w badaniu z 2002 roku odpowiedzi respondentów różniły się w zależności od ich wieku. W najmłodszej grupie (18-24 lata) odsetek odpowiedzi „powinna” wynosił 58% przy sterylizacji dla kobiet oraz 61% przy sterylizacji dla mężczyzn. Liczba odpowiedzi twierdzących malała wraz ze wzrostem wieku uczestnika badania. W najstarszej grupie wiekowej (65 lat i więcej) odpowiedzi za dopuszczalnością sterylizacji wynosiły odpowiednio 30% (sterylizacja dla kobiet) i 25% (sterylizacja dla mężczyzn).

Badanie potwierdziło również tendencję, zgodnie z którą respondenci z większych ośrodków miejskich byli bardziej przychylni dopuszczalności tej metody antykoncepcyjnej niż ci z mniejszych. Najmniejszy odsetek akceptacji sterylizacji występował na wsi (38% odpowiedzi „powinna” dla sterylizacji kobiecej oraz 39% dla męskiej), a największy w miastach z liczbą mieszkańców przekraczającą 500 tysięcy (72% odpowiedzi „powinna” dla sterylizacji kobiecej oraz 71% dla męskiej).

Wykształcenie także zdaje się być czynnikiem wpływającym na odpowiedzi badanych, co jest powtórzeniem korelacji widocznej w badaniu z 2002 roku Największy odsetek akceptacji sterylizacji jako metody antykoncepcyjnej był wśród osób z wykształceniem

wyższym, zaś najmniejszy z wykształceniem zasadniczym zawodowym. Dotyczyło to sterylizacji kobiecej i męskiej.

Analizując odpowiedzi respondentów według ich statusu społeczno-zawodowego, można zauważyć, że grupą najbardziej przychylną dla sterylizacji byli uczniowie i studenci (63% odpowiedzi „powinna" dla sterylizacji kobiecej oraz 72% dla męskiej). Najmniejszy odsetek akceptacji jest zauważalny w odpowiedziach rolników – 22% z nich jest za dopuszczalnością sterylizacji dla kobiet i 15% za dopuszczalnością sterylizacji dla mężczyzn.

Odpowiedzi respondentów podzielonych według ich zarobków różniły się od siebie w taki sposób, że zauważono, iż im wyższe zarobki na osobę w gospodarstwie domowym, tym bardziej badani są skłonni zaakceptować dopuszczalność sterylizacji – kobiecej oraz męskiej.

Ciekawa tendencja wystąpiła przy odpowiedziach respondentów w zależności od oceny swoich warunków materialnych. W badaniu z 2002 roku częściej za dopuszczalnością sterylizacji opowiadały się osoby, które oceniają swoje warunki jako dobre, niż te oceniające je jako złe. Podobna zależność wystąpiła w odpowiedziach z 2024 roku w stosunku do sterylizacji dla mężczyzn. Odwrotnie odpowiadali respondenci w 2024 roku w kontekście sterylizacji dla kobiet – w grupie oceniającej swoje warunki materialne jako złe, aż 58% ankietowanych udzieliło odpowiedzi „powinna", zaś w grupie oceniającej je jako dobre takich odsetek takich odpowiedzi wynosił 52%.

Badanie z 2024 roku pokazało podobną tendencję do tej występującej w badaniu z 2002 roku w grupach respondentów podzielonych według częstotliwości udziału w praktykach religijnych. Im respondent rzadziej uczestniczył w praktykach religijnych, tym częściej udzielał odpowiedzi, że sterylizacja powinna być w Polsce dopuszczalna. Najmniejszy odsetek takich odpowiedzi był widoczny w grupie respondentów uczestniczących w takich praktykach kilka razy w tygodniu.

Analizując odpowiedzi pod kątem poglądów politycznych respondentów, można zauważyć ponownie (jak przy badaniu z 2002 r.), że najbardziej skłonne zaakceptować tę metodę antykoncepcyjną są osoby o poglądach lewicowych, a najmniej o prawicowych. O ile odsetek odpowiedzi „powinna" w badaniu z 2002 roku w grupie centrowej oraz prawicowej kształtował się na identycznym poziomie, to w badaniu z 2024 roku widoczny jest wyraźny wzrost akceptacji tego zabiegu wśród osób o poglądach centrowych.

Problem badawczy nr 5: Jak kształtował się stopień akceptacji dla dobrowolnej sterylizacji w 2024 roku w zależności od tego, której płci dotyczył zabieg?

Badanie z 2024 roku pokazało, że w społeczeństwie polskim widoczna jest lekko większa akceptacja w odniesieniu do sterylizacji dla kobiet niż dla sterylizacji dla mężczyzn. Akceptacja dla kobiecej sterylizacji kształtowała się w 2024 roku na poziomie 49,2% (21,1% „zdecydowanie powinna" oraz 28,1% „raczej powinna"), zaś dla męskiej sterylizacji – 47,3% (21,8% „zdecydowanie powinna" i 25,5% „raczej powinna"). Zaznaczyć należy jednak, że różnica ta nie jest duża i mieści się w granicach błędu statystycznego.

Analizując odpowiedzi według płci respondenta, można zauważyć również niewielkie wahania – mężczyźni wyrażają akceptację dla dopuszczalności sterylizacji dla kobiet na poziomie 49%, zaś dla męskiej sterylizacji – 47%. Oznacza to, że mężczyźni nieznacznie częściej są skłonni zaakceptować dopuszczalność kobiecej sterylizacji. U kobiet sytuacja wygląda odwrotnie – bardziej opowiadają się za dopuszczalnością męskiej sterylizacji (49%) niż kobiecej (45%).

Można zauważyć, że we wszystkich grupach wiekowych respondenci w większym stopniu uważali, że sterylizacja kobiet powinna być dopuszczalna. Największa różnica była widoczna w grupie wiekowej 55-64 lata i wynosiła 7 punktów procentowych (47% odpowiedzi „powinna" dla sterylizacji dla kobiet oraz 40% takich odpowiedzi przy sterylizacji dla mężczyzn).

Dokonując porównania danych pod kątem miejsca zamieszkania osoby badanej, można zauważyć, że odpowiedzi były zbliżone, z wyjątkiem dwóch kategorii osób – mieszkających w miastach do 20 tys. mieszkańców oraz tych między z zaludnieniem pomiędzy 20 a 100 tys. W pierwszej z wymienionych różnica wynosiła 5 punktów procentowych (51% w porównaniu z 46%), zaś w drugiej z nich 7 – punktów procentowych (51% przy 44%) – w obu przypadkach na korzyść sterylizacji kobiet.

Zbliżonych odpowiedzi udzielali respondenci o różnym wykształceniu – z wyjątkiem osób z wykształceniem podstawowym (47% poparcia dla dopuszczalności sterylizacji kobiecej oraz 40% dla męskiej) oraz zasadniczym zawodowym. Osoby należące do pierwszej z wymienionych kategorii udzieliły 26% odpowiedzi „powinna" przy sterylizacji kobiecej oraz 21% przy męskiej. Ponadto o 3 punkty procentowe na korzyść przychylności do sterylizacji dla mężczyzn wypowiadały się osoby o wykształceniu wyższym (59% opowiedziało się za dopuszczalnością sterylizacji kobiecej, zaś przy tej dla mężczyzn – 62%).

Znacząca różnica w ocenie obu zabiegów widoczna była w grupie uczniów i studentów – „za" dopuszczalnością sterylizacji dla kobiet opowiadało się 63% z nich, zaś przy ocenie takiego zabiegu dla mężczyzn odsetek zwolenników wzrósł do 72%. Jest to różnica na poziomie 9 punktów procentowych.

Rolnicy natomiast bardziej są skłonni zaakceptować sterylizację dla kobiet (22% odpowiedzi „powinna" przy sterylizacji dla kobiet oraz 15% przy męskiej sterylizacji). Podobnie sytuacja kształtuje się w odpowiedziach emerytów i rencistów, gdzie za akceptacją stylizacji kobiecej było 37% badanych, a przy męskiej sterylizacji 30%.

Analizując odpowiedzi respondentów podzielone według zarobków na osobę w gospodarstwie domowym, można zauważyć, że lekka dysproporcja występuje w grupie, gdzie te zarobki plasują się na poziomie do 1999 zł na osobę. Aż 46% respondentów z tej grupy uważa, że sterylizacja dla kobiet powinna być dopuszczalna, zaś akceptacja dla męskiej wersji zabiegu kształtuje się na poziomie 39%. Daje to różnicę 7 punktów procentowych.

Zauważyć można różnicę na poziomie 10 punktów procentowych w odpowiedziach grupy, która ocenia swoje warunki materialne jako złe – 58% z nich uważa, że sterylizacja dla kobiet powinna być legalna, zaś 48% opowiada się za dopuszczalnością sterylizacji dla mężczyzn.

Przy analizie odpowiedzi osób podzielonych pod kątem częstotliwości uczestnictwa w praktykach religijnych zauważa się, że w grupie uczestniczącej w nich kilka razy w tygodniu występuje większe przyzwolenie dla sterylizacji kobiet. Co piąty badany (19% ankietowanych) uważa, że sterylizacja kobiet powinna być legalna, zaś ten zabieg u mężczyzn akceptuje 12% badanych.

> **Problem badawczy nr 6.**: Jakie są cechy modelowego zwolennika i przeciwnika sterylizacji dla mężczyzn oraz odpowiednio dla kobiet w 2024 r.?

Na podstawie wyników badania z 2024 roku i najwyższego odsetka odnotowanych odpowiedzi na poszczególne pytania można określić cechy modelowego zwolennika sterylizacji antykoncepcyjnej kobiet. Jest to mężczyzna (49% odpowiedzi w tej grupie to „powinna"):

- w wieku 25-31 lat (66% odpowiedzi w tej grupie to „powinna"),
- mieszkający w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców (72% odpowiedzi w tej grupie to „powinna"),
- z wykształceniem wyższym (59% odpowiedzi w tej grupie to „powinna"),
- uczeń lub student (63% odpowiedzi w tej grupie to „powinna"),
- żyjący w gospodarstwie domowym, w którym dochód na jedną osobę przekracza 5000 zł (64% odpowiedzi w tej grupie to „powinna"),

- źle oceniający swoje warunki materialne (58% odpowiedzi w tej grupie to „powinna”),
- nie uczestniczący w praktykach religijnych (74% odpowiedzi w tej grupie to „powinna”),
- określający swoje poglądy polityczne jako lewicowe (67% odpowiedzi w tej grupie to „powinna”).

Z kolei modelowym zwolennikiem dobrowolnej sterylizacji dla mężczyzn jest kobieta (49% odpowiedzi w tej grupie to „powinna”):

- w wieku 25-31 lat (65% odpowiedzi w tej grupie to „powinna”)
- mieszkająca w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców (71% odpowiedzi w tej grupie to „powinna”),
- z wykształceniem wyższym (62% odpowiedzi w tej grupie to „powinna”),
- uczennica lub studentka (72% odpowiedzi w tej grupie to „powinna”),
- żyjąca w gospodarstwie domowym, w którym dochód na jedną osobę w rodzinie przekracza 5000 zł (65% odpowiedzi w tej grupie to „powinna”),
- dobrze oceniająca swoje warunki materialne (52% odpowiedzi w tej grupie to „powinna”),
- określająca swoje poglądy polityczne jako lewicowe (66% odpowiedzi w tej grupie to „powinna”).

Na podstawie wyników badania sylwetki modelowego zwolennika sterylizacji antykoncepcyjnej kobiet i mężczyzn są niemal lustrzanym odbiciem. Różnice sprowadzają się głównie do oceny warunków materialnych – zwolennik sterylizacji kobiet to osoba, która ocenia je jako złe, natomiast zwolenniczka sterylizacji mężczyzn postrzega je jako dobre. W obu przypadkach mowa o osobach młodych (25-31 lat), z wykształceniem wyższym, mieszkających w dużych miastach, identyfikujących się z poglądami lewicowymi i niepraktykujących religijnie. Wspólnym mianownikiem jest także status ucznia lub studenta oraz wysokie dochody w gospodarstwie domowym.

Ponadto dokonano analizy wyników badań pod kątem cech modelowego przeciwnika sterylizacji dla kobiet. Jest to kobieta (38% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”):

- w wieku 65 lat lub starsza (44% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”),
- mieszkająca na wsi (40% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”),

- z wykształceniem zasadniczym zawodowym (45% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”),
- pracująca w rolnictwie (53% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”),
- żyjąca w gospodarstwie domowym, w którym dochód na jedną osobę w rodzinie oscyluje w granicach 3000-3999 zł (42% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”),
- oceniająca swoje warunki materialne jako średnie (34% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”),
- uczestnicząca w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu (56% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”),
- określająca swoje poglądy polityczne jako prawicowe (48% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”).

Analogicznie zebrano również cechy modelowego przeciwnika męskiej sterylizacji. Jest to mężczyzna (35% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”):

- w wieku 65 lat lub starszy (48% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”),
- mieszkający na wsi (40% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”),
- z wykształceniem zasadniczym zawodowym (54% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”),
- pracujący w rolnictwie (50% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”),
- żyjący w gospodarstwie domowym, w którym dochód na jedną osobę w rodzinie oscyluje w granicach 3000-3999 zł (48% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”),
- oceniający swoje warunki materialne jako średnie (39% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”),
- uczestniczący w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu (62% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”),
- określając swoje poglądy polityczne jako prawicowe (51% odpowiedzi w tej grupie to „nie powinna”).

Analiza wyników badań pokazuje, że sylwetki przeciwników sterylizacji kobiet i mężczyzn są do siebie bardzo zbliżone, różniąc się głównie płcią. Modelowy przeciwnik sterylizacji kobiet to kobieta w wieku 65 lat kub starsza, zamieszkująca wieś, posiadająca wykształcenie zawodowe, zatrudniona w sektorze rolniczym, z dochodem na osobę w gospodarstwie domowym wynoszącym 3000-3999 zł. Dodatkowo regularnie uczestniczy ona

w praktykach religijnych (kilka razy w tygodniu) i identyfikuje się z prawicowymi poglądami politycznymi. Natomiast przeciwnik sterylizacji mężczyzn to mężczyzna o podobnym profilu – starszy (wiek 65+), związany z rolnictwem, o wykształceniu zawodowym i wiejskim miejscu zamieszkania, z dochodem na osobę w gospodarstwie domowym wynoszącym 3000-3999 zł a także o umiarkowanych dochodach, silnie religijny i przywiązany do prawicowych wartości.

Rozdział VII

Postawy środowiska lekarskiego wobec zabiegu sterylizacji

§ 1. Metodyka badań

W naukach społecznych niezwykle ważny jest wybór odpowiedniej metody badawczej mającej pomóc w eksploracji problematycznych zjawisk. W literaturze dotyczącej metodyki autorzy zauważają, że metoda powinna być: skuteczna, jednoznaczna, niezwodna, celowa, jasna oraz ekonomiczna[451].

W niniejszym rozdziale jako problem badawczy postawiono pytanie: jak kształtuje się opinia środowiska lekarskiego względem dobrowolnej sterylizacji? W Polsce nie ma przepisów bezpośrednio odwołujących się do tego zabiegu. W związku z tym istnieje spór w doktrynie prawniczej dotyczący jego prawnego statusu, co wydaje się także problematyczne z perspektywy osób, które miałyby go wykonywać.

Brak ugruntowanego przekonania prawników powoduje również rozbieżne opinie lekarzy na badany temat. Implikacją tego stanu rzeczy jest sformułowanie problemu badawczego w przedstawiony wyżej sposób. Po przeprowadzonej we wcześniejszych rozdziałach pracy analizie teoretyczno-prawnej uzasadnione jest zbadanie stanowisk specjalistów medycznych. Autor zakłada, że opinia środowiska lekarskiego może wpłynąć w istotny sposób na wykładnię obowiązujących przepisów. Z uwagi, że jest to procedura medycznie nieterapeutyczna należy zadać pytanie czy osoby, które miałyby ją przeprowadzać widzą powody do jej stosowania.

Przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy badania naukowe wiązały się z dokonaniem określonych czynności badawczych dających szanse uzyskania odpowiedzi na postawione w niniejszym rozdziale pytanie. Autor dołożył wszelkich starań, aby proces badawczy spełniał wszystkie wymogi potrzebne do tego, aby uzyskać miarodajne dane.

[451] J. Apanowicz, *Metodologiczne uwarunkowania pracy naukowej*: *prace doktorskie, prace habilitacyjne*, Warszawa 2005, s. 54.

Wyjaśnieniu prawnego statusu sterylizacji nie pomogło sprawozdanie Ministerstwa Zdrowia z wykonania ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży[452] za rok 2016. W przywołanym dokumencie wskazano, że sterylizacja bez wskazań medycznych nie może być traktowana na równi z innymi środkami regulowania poczęć i jest niezgodna z przepisami Kodeksu karnego[453].

Postawiona przez Ministerstwo teza wydaje się jednak nie rozstrzygać sprawy. Należy pozytywnie ocenić krytyczne spojrzenie na przedstawiony pogląd zaprezentowane przez E. Zielińską. Negatywna ocena wynika z faktu, że w sprawozdaniu przywołano wyłącznie przykłady związane ze sterylizacją kobiet, nie odnosząc się w ogóle do sterylizacji mężczyzn. Jak zauważa E. Zielińska takie sformułowanie może stanowić podstawę uzasadniania legalności wazektomii, co w kontekście penalizacji sterylizacji kobiet oznaczałoby naruszenie nakazu równego zakresu dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i zakazu dyskryminacji ze względu na płeć wynikających z Konstytucji RP[454].

Wątpliwości co do legalności zabiegu wazektomii powodują, że jest on wykonywany w prywatnych gabinetach lekarskich. Na jednej ze stron internetowych placówki oferującej taki zabieg możemy przeczytać, że „w Polsce wazektomia jako metoda antykoncepcji nigdy nie była zabroniona ani karana”[455]. Przedstawiona teza wprost zrównuje ten zabieg z innymi formami regulacji poczęć. Również na wskazanej stronie internetowej przywołana jest opinia M. Filara o tym, że zdolność płodzenia jest dobrem indywidualnym i to od jednostki zależy, jak chce nim dysponować. Następnie autor tekstu na stronie postawił tezę, że polskie regulacje prawne dotyczące zabiegów medycznych stale dostosowują się do standardów panujących w Europie Zachodniej, gdzie wazektomia jest legalna. Kolejna przytoczona przez autora przywołanego tekstu opinia należy do W. Kuleszy. Zgodnie z nią w najbliższych latach istnieje szansa na uznanie pełnej legalności wazektomii pod warunkiem, że „dokona jej lekarz w ramach czynności leczniczej podyktowanej potrzebą poprawy stanu zdrowia, rozumianego nie tylko jako brak choroby, ale i dobrego samopoczucia pacjenta”. Ukazuje to pogląd, według którego dobre samopoczucie pacjenta jest na tyle istotnym czynnikiem, że powinno

[452] Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży, Dz.U. 1993 nr 17 poz. 78 ze zm.
[453] Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2015 roku ustawy z 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, VIII kadencja, druk sejm. nr 1253.
[454] E. Zielińska, *Sterylizacja na życzenie do celów antykoncepcji w świetle przepisów prawa medycznego i deontologii lekarskiej* [w:] M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska *(red.) System Prawa Medycznego. Tom II. Część 2. Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019, s.197-198.
[455] Wazektomia a prawo, https://www.wazektomia.com/prawo-a-wazektomia [dostęp: 18.01.2024].

determinować terapeutyczny cel zabiegu. Dalej zauważa się, że nie ma jeszcze w tym zakresie odowiedniego przepisu prawa potwierdzającego taki stan prawny, lecz potwierdza go praktyka. Ponadto prokuratorzy mają nie interesować się wykonywanymi zabiegami męskiej sterylizacji.

Wykonywanie zabiegów wazektomii jest faktem i odbywa się ono w sposób zgodny z innymi przepisami prawa – chodzi tu m. in. o fakt, że za wykonanie zabiegu pacjent płaci wynagrodzenie, od którego lekarze płacą odpowiedni podatek. Informacje o możliwości poddania się dobrowolnej sterylizacji dla mężczyzn bez problemu można odnaleźć w Internecie. Cena poddania się takiemu zabiegowi oscyluje między 2000-2700 zł. Wykonywany jest on w kilku większych miastach w Polsce. Dostępność szeregu informacji wskazuje na to, że nie mamy do czynienia z tzw. „podziemiem" medycznym, lecz jawnym przeprowadzanie zabiegów. Oznacza to, że w praktyce zabieg ten jest traktowany jako legalny. W przeciwnym razie prokuratura informowałaby o podejmowaniu działań względem wykonujących go lekarzy, zaś fiskus nie inkasowałby odprowadzanego od ceny płaconej za zabieg podatku.

W przywołanym wyżej stanowisku Ministerstwa Zdrowia kładzie się nacisk na to, że kobieca dobrowolna sterylizacja nie może być zrównana z innymi formami antykoncepcyjnymi. Z uwagi na fakt, że ministerstwo nie wspomniało o wazektomii można wnioskować, że ją można zaliczyć do tych metod. Powstaje pytanie z czego wynika rozbieżność między sterylizacją kobiet a sterylizacją mężczyzn. Jednocześnie należy zaznaczyć, że sprawozdanie z wykonania ustawy nie jest powszechnie obowiązującym aktem prawnym, lecz może jedynie stanowić wskazówkę do wykładni przepisów ustawy.

Co ciekawe, na stronie internetowej jednej z kancelarii adwokackich przedstawione jest stanowisko, zgodnie z którym w kontekście wazektomii interes społeczny przeważa nad interesem jednostki, a co za tym idzie lekarz przeprowadzający taki zabieg może zostać oskarżony o spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Ponadto adwokat przedstawia kilka wskazówek, które mają pomóc w obronie takiego medyka. Przykładowo wskazuje, że można próbować powoływać się na błąd co do legalności tego zabiegu (błąd co do bezprawności czynu), argumentując to brakiem jednoznacznych przepisów oraz faktem, że jest on legalny w większości państw[456].

Inna z kancelarii adwokatów i radców prawnych wskazuje, że w doktrynie prawniczej dominuje pogląd, zgodnie z którym nieterapeutyczna wazektomia jest wykonywana legalnie,

[456] Czy wazektomia jest legalna – co grozi lekarzowi? https://pwadwokat.pl/czy-wazektomia-jest-legalna-co-grozi-lekarzowi/ [dostęp: 18.01.2024].

jeżeli zgoda na nią jest dobrowolna, świadoma, wyrażona przed zabiegiem przez osobę dorosłą. Ważne jest również, aby zabieg był przeprowadzony zgodnie ze standardami medycznymi. Zdaniem kancelarii w przypadku spełnienia tych przesłanek zabieg należy traktować jako legalny, bowiem to do pacjenta należy swoboda wyboru metody antykoncepcyjnej[457].

Można spotkać się zatem ze skrajnie odmiennymi poglądami na temat statusu i legalności zabiegu wazektomii, zarówno wśród prawników teoretyków, jak i prawników praktyków. Fakt, że kancelarie prawne prezentują swoją opinię na ten temat wskazuje, że może być on praktycznie istotny dla środowiska lekarskiego.

Medycy wyraźnie zaznaczają, że obecne regulacje prawne nie są wystarczające. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wyraziło swoje obawy co do projektu ustawy zakładającego nowelizację kodeksu karnego poprzez dodanie do art. 156 k.k. ust. 1a o treści „Nie popełnia przestępstwa lekarz, jeżeli pozbawienie płodności jest następstwem zabiegu lekarskiego za świadomą zgodą pacjenta". Jak zauważa NRL taka nowelizacja wobec dotychczasowego braku regulacji prawnych dotyczących dobrowolnej sterylizacji jednoznacznie przesądziłaby, że do momentu wejścia w życie nowej ustawy zabieg ten był nielegalny. Wynika to z zasady racjonalności ustawodawcy, która zakłada, że ustawodawca wprowadzając nowy przepis chce zmienić dotychczas istniejący stan prawny[458]. Odnosząc się do zaprezentowanej tezy należy zauważyć, że przywołana reguła interpretacyjna nie ma charakteru absolutnego, a w ustawodawstwie zdarzały się odstępstwa od jej stosowania. Niemniej należy przyznać, że zaprezentowana propozycja regulacyjna, niewprowadzona w odpowiedni sposób, mogłaby wywołać problemy interpretacyjne, co do stanu sprzed jej wejścia w życie.

Ponadto NRL podkreśla, że zarówno sterylizacja mężczyzn, jak i kobiet jest zgodna z wytycznymi WHO oraz zaliczana przez tę organizację do metod antykoncepcyjnych o charakterze trwałym. Rada postuluje podjęcie prac nad statusem sterylizacji nie ograniczających się wyłącznie do odpowiedzialności na gruncie kodeku karnego, lecz także uwalniającą lekarzy od odpowiedzialności dyscyplinarnej. Zdaniem lekarzy sama nowelizacja kodeksu karnego nie rozwiąże problemu. Naczelna Rada Lekarska swoje stanowisko podsumowuje w następujący sposób: „tematyka ta potrzebuje rozwiązań kompleksowych,

[457] Czy wazektomi jest legalna? https://kopoczynski.pl/czy-wazektomia-jest-legalna/ [dostęp: 18.01.2024].
[458] Stanowisko nr 127/21/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 grudnia 2021 roku w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny, https://nil.org.pl/aktualnosci/5849-apel-i-stanowiska-podjete-przez-pnrl-w-dniu-22-grudnia-2021-r [dostęp: 18.01.2024].

niebudzących wątpliwości interpretacyjnych i konkretnych sposobów postępowania w tak ważnym i zarazem delikatnym temacie pozbawiania płodności człowieka na jego wniosek i za jego zgodą".

Zdanie środowiska lekarskiego wydaje się niezwykle istotne w kwestii uregulowań prawnych dotyczących zabiegów medycznych. Posiadają oni bowiem wiedzę wyspecjalizowaną pozwalającą na ogląd problematycznych kwestii w sposób znacznie szerszy niż ustawodawca.

Warto zauważyć, że przedstawione stanowisko traktuje sterylizacje kobiet i mężczyzn w sposób łączny. Dotychczasowa praktyka w związku z brakiem odpowiednich regulacji sugeruje, że męska sterylizacja jest wykonywana, ponieważ jest legalna, zaś kobieca uważana za nielegalną nie jest oferowana polskim pacjentkom.

Brak społecznego sprzeciwu wobec wazektomii może być związany z konserwatywnym przeświadczeniem, że presja związana z prokreacją jest częściej nakładana na kobiety. Należy jednak poddać w wątpliwość tezę, czy zakorzeniony w społeczeństwie model funkcjonowania rodziny powinien być determinantem legalności zabiegu nieterapeutycznego[459]. Ponadto zmiany zachodzące w społeczeństwie, w tym zmiana tradycyjnego modelu rodziny czy transformacje związane z rolą kobiety w społeczeństwie każą zadać pytanie, czy społeczna presja dotycząca posiadania dzieci nakładana na kobiety wciąż jest na tyle wysoka, aby zakazywać im metod trwałej antykoncepcji. Liczne spontaniczne protesty po wyroku Trybunału Konstytucyjnego z października 2020 roku mogą być traktowane jako odezwa społeczeństwa o zwiększenie autonomii decyzji pacjentki względem własnego ciała[460].

Z medycznego punktu widzenia należy zauważyć, że sterylizacja mężczyzn często jest uważana za zabieg mniej skomplikowany z uwagi na fakt, że jest przeprowadzana przy znieczuleniu miejscowym[461]. Sterylizacja kobiet wykonywana jest często w znieczuleniu ogólnym. Rodzaj znieczulenia nie powinien jednak wpływać na legalność zabiegu. Stopień

[459] T. Gardocka, *Klauzula sumienia – głos drugi*, Medyczna Wokanda 2017, nr 9(9), s. 34-35.
[460] Patrz np. „Nie może być tak, że odbierają nam wolność". Protesty w większych polskich miastach i małych miasteczkach, https://tvn24.pl/polska/wyrok-tk-w-sprawie-aborcji-protesty-strajku-kobiet-w-polsce-29-stycznia-5003380 [dostęp: 20.01.2024], Prostesty społeczne w dniu wyroku TS ws. aborcji. Policja podsumowała swe działania, https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protesty-w-dniu-wyroku-ws-aborcji-podsumowanie-ksp, [dostęp: 20.01.2024].
[461] G. Jakiel, Sz. Bakalczuk, *Antykoncepcja męska* [w:] M. Semczuk, M. Kurpisz, Andrologia, Warszawa 2006, s. 454.

skomplikowania czynności medycznej mógłby ograniczać jej legalność wyłącznie w sytuacji, jeżeli jego ryzyko jego przeprowadzania byłoby niewspółmiernie wysokie.

Należy zauważyć, że powikłania po wazektomii nie występują często i dotyczą zaledwie około 3 % pacjentów. Najczęściej występującym powikłaniem u mężczyzn, którzy poddali się sterylizacji jest ból o zmiennym nasileniu[462]. Przy sterylizacji kobiet ryzyko powikłań jest większe z uwagi na trudniejszy dostęp do jajowodów. Zdarzają się przypadki, w których kobiety ponoszą śmierć w rezultacie niepożądanych konsekwencji po zabiegu, lecz u od 1/3 do 2/3 jest to związane z zastosowaniem znieczulenia ogólnego[463].

W wielu przypadkach zgoda pacjenta na zabieg nieterapeutyczny nadaje mu cechę legalności, gdy jest wyrażona ważnie, a sam zabieg wiąże się z niewielkim ryzykiem. Można w tym kontekście zwrócić uwagę na zabiegi medycyny estetycznej. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 września 1980 roku zwrócił uwagę, że wymóg zgody pacjenta na zabieg wykonywany wyłącznie do celów estetycznych jest zachowany, gdy pacjent uprzednio zostanie poinformowany o możliwych skutkach interwencji lekarza, a ryzyko z nią związane nie jest większe od przeciętnego[464].

Jako jeden z problemów badawczych szczegółowych należy więc postawić pytanie czy zabiegi sterylizacji kobiet i mężczyzn wiążą się z ryzykiem nie większym od przeciętnego. Opinia lekarzy specjalistów w tym kontekście ma szczególne znaczenie w stosunku do sterylizacji kobiet, bowiem przy wazektomii nie budzi to większych kontrowersji.

Wyniki badań opinii środowiska lekarzy specjalistów mogą przyczynić się do zaproponowania wniosków *de lege ferenda* oraz mogą wywrzeć istotny wpływ na implikacje dotyczące konieczności zmian w prawie. Przeprowadzona analiza ryzyka badania ankietowego opinii lekarzy powoduje sformułowanie stanowiska, że badanie wiąże się z relatywnie niewielkim ryzykiem. Ryzyko odmowy udziału w badaniu jest zminimalizowane, ponieważ pytania sformułowane zostały w sposób nie ingerujący w dane wrażliwe.

Badanie ma na celu również próbę odnalezienia związków przyczynowo-skutkowych między światopoglądem a oceną zabiegu medycznego. Wyniki badania pozwolą odpowiedzieć

[462] Ł. Kupis, *Wazektomia jako metoda antykoncepcji dla mężczyzn i jej odwrócenie*, Przegląd Urologiczny 2015, nr 3(91).
[463] K. Meisenbacher, *Antykoncepcja. Metody, zastosowanie, poradnictwo*, Wydanie I polskie poda redakcja T. Pertyńskiego, T. Zyssa, Wrocław 2008, s.127-128.
[464] K. Golusińska, *Zgoda na zabieg medyczny – uwagi prawnika*, „Medical Maestro Magazine" 2012, nr 2, s. 196–197.

na pytanie czy poglądy polityczne lub udział w praktykach religijnych mają wpływ na postrzeganie procedury medycznej przez specjalistów. Z uwagi na to, że zabieg sterylizacji dotyczy intymnych sfer życia człowieka, takich jak integralność jego ciała, prokreacja i rodzina, badanie ma również wykryć, czy zdaniem lekarzy stwarza ono podstawy do powołania się na klauzulę sumienia. Analiza wyników pod tym kątem wydaje się konieczna z uwagi na potrzebę zbadania stosunku do dobra jakim jest zdolność płodzenia. Diagnoza tego stanu rzeczy może mieć wpływ na stosowanie prawa, bowiem istnieje pogląd, że prawo może być nieefektywne w przestrzeganiu go, jeżeli nie ma podłoża w moralności lub nawykach społecznych[465].

Celem postawienia diagnozy opinii środowiska lekarskiego na temat zabiegu sterylizacji zostało przeprowadzone badanie ankietowe. Wybrano tę metodę z uwagi na jej cechy jakimi są niski koszt oraz relatywnie krótki czas przeprowadzenia badania. Badanie ankietowe jest uznawane za formę wywiadu z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety. Jest to badanie ilościowe, pozwalające na objęcie nim większej ilości respondentów w krótszym czasie niż przy klasycznym wywiadzie.

W badaniu przewidziano następujące po sobie czynności:

- opracowanie problemów badawczych,
- opracowanie odpowiedniego kwestionariusza,
- dobór grupy badawczej,
- rozpowszechnienie ankiet w grupie badawczej oraz wskazanie sposobu zwrotu kwestionariusza,
- zebranie wypełnionych kwestionariuszy,
- analiza i opracowanie zebranych danych.

Jak widać po zaprezentowanych wyżej etapach, kontakt między badaczem a respondentami jest ograniczony i sprowadza się w dużej mierze do komunikacji przez wypełnienie kwestionariusza. Dlatego też metoda ta daje większą swobodę wyrażania opinii poprzez gwarancje anonimowości badania. Ograniczenie roli osoby badahącej w przedstawiony sposób może wpływać na jakość danych uzyskanych przy pomocy badania[466]. Anonimowość badania sprzyja większym stopniu szczerości odpowiedzi niż wywiad bezpośredni, szczególnie jeżeli dotyczy tematów wrażliwych, intymnych czy kontrowersyjnych. Ciekawym aspektem będzie zestawienie wyników anonimowego badania

[465] Z. Ziembiński, *Zarys zagadnień etyki*, Poznań-Toruń 1994, s. 109-110.
[466] W. Wiśniewski, *Wpływ sposobu stawiania pytań w ankiecie na rodzaj odpowiedzi,* „Studia socjologiczne" 1963, nr 4, s. 57-71.

grupy lekarzy specjalistów z oficjalnym stanowiskiem Naczelnej Rady Lekarskiej. Badanie pozwoli określić czy stanowiska te są zbieżne czy też różnią się od siebie.

Metoda badawcza została wybrana z pełną świadomością i akceptacją jej wad. Badacz ma wiedzę o tym, że tego typu badanie nie pozwala na uwzględnienie indywidualnych różnic respondentów czy też niedoskonałości narzędzia jakim jest ankieta. Każdy kwestionariusz może być bowiem różnie odczytany przez respondentów. Użyte w pytaniach określenia mogą wywoływać odmienne skojarzenia, co może prowadzić do rozbieżności w interpretacjach, a tym samym odpowiedziach[467]. Rolą osoby przeprowadzającej badanie jest użycie jak najbardziej precyzyjnego języka, dołączając, jeżeli jest to konieczne także pewne objaśnienia, aby to ryzyko zminimalizować.

Grupą badawczą wyznaczoną do badania są lekarze specjaliści z zakresu ginekologii oraz andrologii. Postanowiono dotrzeć do nich za pośrednictwem Polskiego Towarzystwa Lekarzy Ginekologów i Położników oraz Polskiego Towarzystwa Andrologicznego. Badaczowi towarzyszyło przekonanie, że takie działanie umożliwi zbadanie opinii lekarzy specjalistów z całego kraju, a także ułatwi i skróci proces badawczy.

Dominującą częścią ankiety są pytania zamknięte z kafeterią 4-5 odpowiedzi. Tego typu pytania ograniczają swobodę wypowiedzi, lecz pozwalają jednocześnie na zebranie informacji w sposób ilościowy. Pytania półotwarte i otwarte stanowią uzupełnienie ankiety, mając na celu umożliwienie respondentom na udzielenie informacji w sposób mniej ograniczony niż przy pytaniach zamkniętych. Pozyskane w ten sposób dane będą miały charakter jakościowy.

Budowa ankiety została przygotowana zgodnie ze standardami wymaganymi przy tego typu badaniu. Przy konstrukcji tego narzędzia należy bowiem pamiętać, aby unikać nadmiernej rozbudowy w elementy nieistotne mogące wypaczyć wynik badania. Nadbudowa pytań czy objaśnień może bowiem wpływać na sugestie odpowiedzi. Jednocześnie konieczne jest dostateczne wyjaśnienie wyrażeń mogących być odebranych dwuznacznie. Właściwa budowa kwestionariusza sprzyja jego funkcjonalności[468].

W ankiecie zadbano także o odpowiednią kolejność zadawanych pytań. Pytania w kwestionariuszu przechodziły od tych o charakterze ogólnym do bardziej szczegółowych. Założono, że pierwsze pytania mają wprowadzić respondenta w temat i być łatwiejsze do w

[467] J. Sztumski, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice 2020, s. 216.
[468] J. Sztumski, op. cit., s. 223.

udzielaniu odpowiedzi na nie[469]. Następnie dopiero badany ma udzielić odpowiedzi o charakterze bardziej szczegółowym. Postanowiono, że ankietę rozpoczynać będą pytania zamknięte, następnie pojawią się półotwarte i na końcu otwarte. Jest to szczególnie istotne z uwagi na typ otwarty, gdzie respondent będzie mógł zawrzeć w odpowiedzi większe szczegóły swojej opinii.

Biorąc pod uwagę kryterium treści pytania należy stwierdzić, że w ankiecie zawarto pytania kognitywne dotyczące faktów, tj. odwołujące się do wiedzy i informacji posiadanych przez członków badanej grupy oraz pytania behawioralne dotyczące opinii i ocen tj. takich które odnosiły się do sposobu w jaki respondenci postrzegają dane zjawiska lub fakty[470].

Proces badawczy przebiegał zgodnie z etyką wymaganą przy tego typu działaniach. Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu właściwych zgód odpowiednio Prezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników oraz Przewodniczącego Zarządu Polskiego Towarzystwa Andrologicznego. Przed przystąpieniem do wypełniania kwestionariusza respondenci zostali poinformowani o tym, że badanie jest anonimowe, a pozyskane podczas niego dane zostaną wykorzystane wyłącznie w celach naukowych. Badanie zostało przeprowadzone z poszanowaniem dla danych osobowych respondentów, takich jak m.in. wiek, płeć i specjalizacja, które zostały wykorzystane wyłącznie do celów badawczych.

Reasumując przedstawione rozważania dotyczące tematyki badania, Autor postanowił sformułować następujący główny problem badawczy oraz odpowiadającą mu hipotezę badawczą.

Główny problem badawczy nr 1: Jak kształtuje się opinia lekarzy specjalistów na temat statusu prawnego sterylizacji kobiet i mężczyzn?

Postawienie pierwszego głównego problemu badawczego w zaprezentowany sposób jest uzasadnione chęcią zbadania przekonań respondentów dotyczących statusu prawnego zabiegów sterylizacji u mężczyzn i kobiet.

[469] E. Krok, *Budowa kwestionariusza ankietowego a wyniki badań*, „Zeszyty naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Informatica" 2015, nr 37, s. 66-67.
[470] Ibidem, s. 64.

Główna hipoteza badawcza nr 1: Opinia lekarzy specjalistów na temat statusu prawnego sterylizacji będzie zróżnicowana w zależności od płci pacjenta. Lekarze w większym stopniu będą przekonani o legalności zabiegu wazektomii niż podwiązania jajowodów.

Do opisanego powyżej problemu badawczego nr 1 postawiono problemy szczegółowe w formie pytań:

- Problem szczegółowy nr 1.1: Czy lekarze uważają, że sterylizacja kobiet jest legalna w Polsce?
- Problem szczegółowy nr 1.2: Czy lekarze uważają, że sterylizacja mężczyzn jest legalna w Polsce?
- Problem szczegółowy nr 1.3: Jak lekarze oceniają ryzyko związane z zabiegami sterylizacji kobiet w porównaniu z zabiegami sterylizacji mężczyzn?
- Problem szczegółowy nr 1.4: Czy istnieje różnica w postrzeganiu odpowiedzialności karnej lekarzy wykonujących sterylizację kobiet i mężczyzn?
- Problem szczegółowy nr 1.5: Czy istnieje różnica w postrzeganiu odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarzy wykonujących sterylizację kobiet i mężczyzn?
- Problem szczegółowy nr 1.6: Jak zdaniem lekarzy powinna kształtować się prawna dostępność do zabiegu dobrowolnej sterylizacji?

Autor przewiduje, że z uwagi na fakt, iż w Polsce dokonywane są zabiegi sterylizacji mężczyzn, podczas gdy nie odnotowuje się przypadków dobrowolnej sterylizacji kobiet, lekarze będą w większym stopniu skłonni uznawać legalność pierwszego z wymienionych zabiegów.

Główny problem badawczy nr 2: Jak kształtuje się opinia lekarzy specjalistów na temat społecznego postrzegania sterylizacji kobiet i mężczyzn?

Drugi z głównych problemów badawczych skupia się na społecznym odbiorze sterylizacji, w tym na opinii, jak dostępność tego zabiegu wpływa na jakość życia pacjentów oraz jak dostępność sterylizacji prezentuje się w kontekście ogólnego dostępu do środków antykoncepcyjnych.

Główna hipoteza badawcza nr 2: Opinie lekarzy na temat społecznego zapotrzebowania na sterylizację męską i kobiecą będą zbliżone. Lekarze dostrzegają jednak

dysproporcję w dostępności środków antykoncepcyjnych, wskazując na większe możliwości w zakresie antykoncepcji dla mężczyzn.

Tak sformułowana hipoteza badawcza opiera się na przypuszczeniu, że lekarze jako grupa zawodowa mają świadomość zarówno społecznych potrzeb, jak i systemowych ograniczeń w dostępie do sterylizacji i antykoncepcji. W kontekście polskich realiów prawnych i kulturowych dostęp do antykoncepcji może być postrzegany jako nierówny, szczególnie z uwagi na większą dostępność procedur takich jak wazektomia w porównaniu do sterylizacji kobiet. Opinie lekarzy mogą odzwierciedlać te dysproporcje oraz społeczne przekonania dotyczące ról płciowych w planowaniu rodziny. Postawiona hipoteza pozwala również na analizę, czy lekarze postrzegają sterylizację jako odpowiedź na potrzeby pacjentów niezależnie od płci.

W odniesieniu do wyżej opisanego problemu badawczego nr 2 sformułowano szczegółowe problemy w postaci pytań:

- Problem szczegółowy nr 2.1: W jaki sposób opinia lekarzy na temat wpływu sterylizacji na jakość życia pacjentów różni się w przypadku kobiet i mężczyzn?
- Problem szczegółowy nr 2.2: Jakie są opinie lekarzy na temat etycznych przesłanek (np. klauzuli sumienia) związanych z wykonywaniem zabiegów sterylizacji kobiet i mężczyzn?
- Problem szczegółowy nr 2.3: Czy polskie społeczeństwo ma odpowiedni dostęp do metod antykoncepcyjnych uznanych na świecie?
- Problem szczegółowy nr 2.4: Czy zdaniem lekarzy równy dostęp do antykoncepcji dla kobiet i mężczyzn jest zapewniony w polskim systemie ochrony zdrowia?

Przed przeprowadzeniem badania ankietowego wystosowano odpowiednie pisma z prośbą o zgodę na przeprowadzenie badania do władz Polskiego Towarzystwa Lekarzy Ginekologów i Położników oraz Polskiego Towarzystwa Andrologicznego, poparte opinią i prośbą Promotor pracy, która jest rozpoznawalnym badaczem w środowisku medycznym. Autor otrzymał zgodę na przeprowadzenie badania ankietowego, zaś wiadomość zawierająca kwestionariusz badawczy została rozesłana wśród członków wskazanych wyżej towarzystw.

Niestety, zwrot ankiet z PTA zakończył się na niskim poziomie. Finalnie w badaniu wzięło udział 139 lekarzy, z których 135 miało specjalizację ginekologiczną. Oprócz tej

specjalizacji wśród ankietowanych znalazły się trzy osoby ze specjalizacją perinatologiczną, po dwie osoby z andrologiczną oraz endokrynologiczną, a także po jednej z endokrynologią ginekologiczną, genetyczną, genetyką kliniczną, patomorfologiczną, seksuologiczną oraz medycyną rodzinną. W badaniu wzięło udział 59 mężczyzn oraz 80 kobiet.

Wśród badanych reprezentowane były różne przedziały wiekowe, z największą liczbą uczestników w wieku 30-39 lat (46 osób, czyli 33,1%). Kolejne grupy wiekowe to: 40-49 lat (27 osób), 50-59 lat (20 osób), 60 lat i więcej (13 osób) oraz osoby poniżej 30. roku życia (33 osoby).

Większość respondentów pracuje w miastach, przy czym najliczniejsza grupa znajduje się w miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców (61 osób, 43,9%), a kolejne grupy to miasta do 100 tysięcy mieszkańców (39 osób, 28,1%), miasto do 20 tysięcy mieszkańców (19 osób, 13,7%) oraz wsie (20 osób, 14,4%).

Jeśli chodzi o udział w praktykach religijnych, dominowała grupa lekarzy, którzy w ogóle nie uczestniczyli w praktykach religijnych (61 osób, 43,9%). Kolejna liczniejsza grupa to osoby uczestniczące w praktykach kilka razy w roku (27 osób, 19,4%). Pozostali uczestnicy badania deklarowali udział w praktykach religijnych raz w tygodniu (19 osób, 13,7%), kilka razy w tygodniu (18 osób, 12,9%) lub 1-2 razy w miesiącu (14 osób, 10,1%).

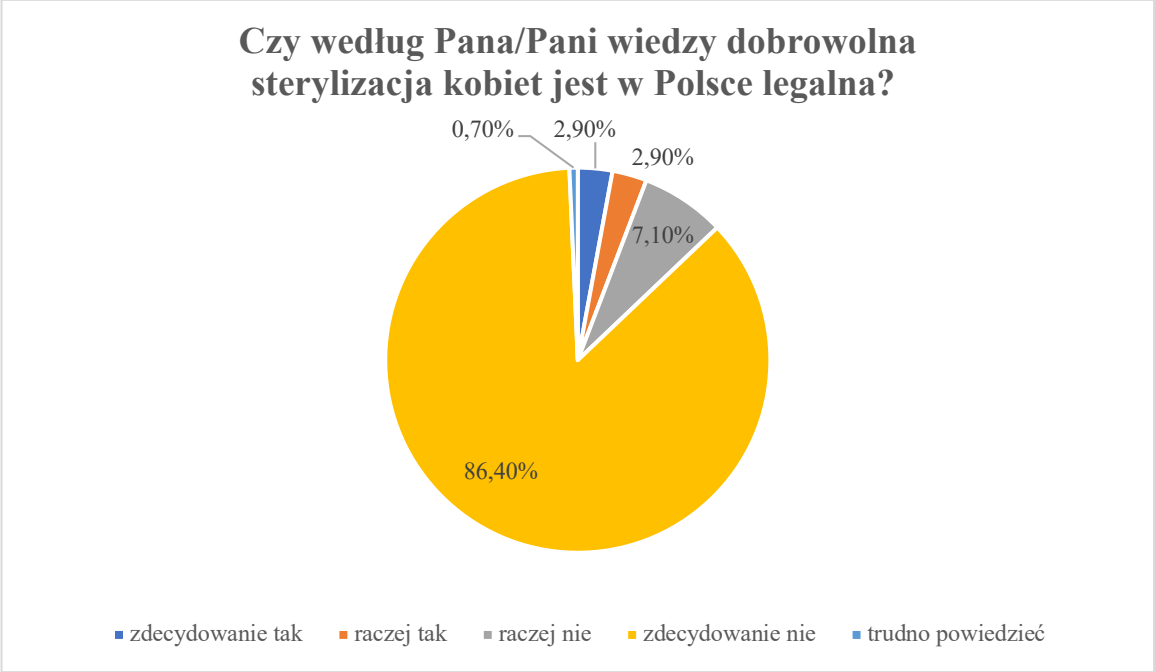
Pod względem poglądów politycznych, najliczniejszą grupę stanowili respondenci identyfikujący się z centrum (70 osób, 50,4%). W mniejszym stopniu obecni byli zwolennicy lewicy (37 osób, 26,6%) oraz prawicy (19 osób, 13,7%). 13 uczestników (9,4%) nie udzieliło odpowiedzi lub stwierdziło, że trudno im określić swoje poglądy polityczne.

Największa grupa respondentów legitymowała się stażem pracy wynoszącym 20 lat lub więcej, co dotyczyło 48 osób (34,5%). Kolejną liczną kategorię stanowili lekarze z 11-15-letnim doświadczeniem zawodowym (35 osób, 25,2%). Nieco mniej liczna była grupa z 6-10-letnim stażem pracy (30 osób, 21,6%), a najmłodsi stażem, pracujący od 1 do 5 lat, stanowili 15,8% (22 osoby). Najmniejszą reprezentację w badaniach posiadała grupa lekarzy z doświadczeniem od 16 do 20 lat (4 osoby, 2,9%).

§ 2. Stosunek lekarzy do sterylizacji

Poniżej zaprezentowano wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród lekarzy, które dotyczyło ich opinii oraz doświadczeń związanych z procedurą sterylizacji. Dane te zostały opracowane w formie wykresów, co umożliwia przejrzyste przedstawienie kluczowych informacji oraz wyciągnięcie istotnych wniosków dotyczących ich podejścia do tego zagadnienia.

Wykres nr 35: Czy według Pana/Pani wiedzy dobrowolna sterylizacja kobiet jest w Polsce legalna?



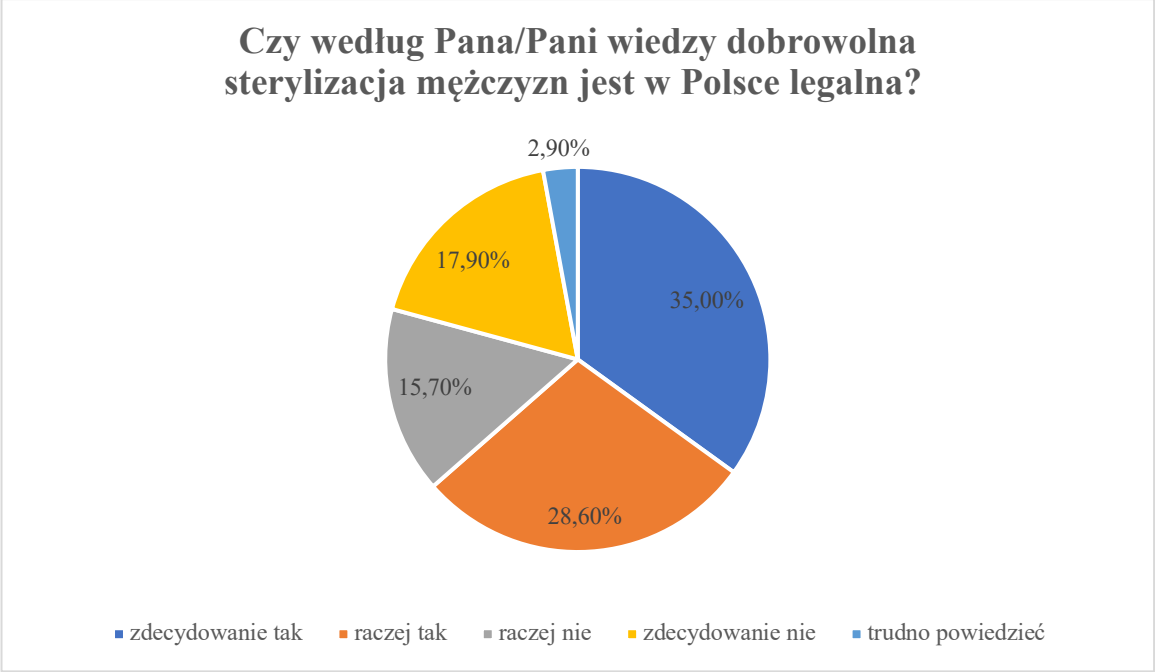
Źródło: Opracowanie własne.

Największa grupa ankietowanych, 86,4% (121 odpowiedzi), odpowiedziała, że dobrowolna sterylizacja kobiet jest w Polsce zdecydowanie nielegalna. Oznacza to, że dominującym przekonaniem jest brak legalności takiego zabiegu w polskim systemie prawnym. Kolejne 7,1% osób również wskazało, że prawdopodobnie sterylizacja jest nielegalna, odpowiadając „raczej nie". Łącznie aż 93,5% badanych wyraziło pogląd, że dobrowolna sterylizacja kobiet nie jest w Polsce dozwolona.

Odsetek osób, które uważają, że sterylizacja może być legalna, jest bardzo niski. Odpowiedź „raczej tak" wybrało 2,9% ankietowanych, natomiast tylko 0,7% respondentów (1

odpowiedź) stwierdziło z pełnym przekonaniem, że sterylizacja jest w Polsce legalna, odpowiadając **„**zdecydowanie tak”**.**

Wykres nr 36: Czy według Pana/Pani wiedzy dobrowolna sterylizacja mężczyzn jest w Polsce legalna?

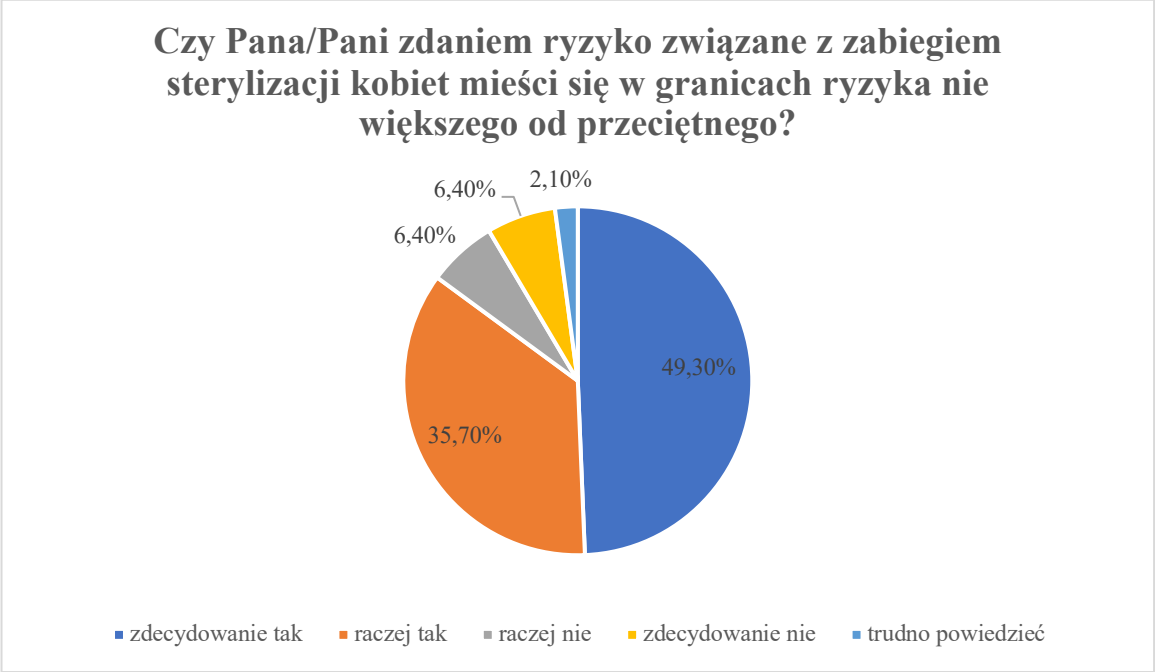


Źródło: Opracowanie własne.

Największy odsetek badanych - 35%, odpowiedział, że dobrowolna sterylizacja mężczyzn jest w Polsce zdecydowanie nielegalna. (odpowiedzi „zdecydowanie tak”). Niewiele mniej, bo 28,6% badanych, wyraziło przypuszczenie, że prawdopodobnie jest nielegalna, zaznaczając opcję „raczej nie”. Łącznie 63,6% respondentów uważa, że dobrowolna sterylizacja mężczyzn nie jest dozwolona w Polsce, co wskazuje na dominujące przekonanie o restrykcyjności prawa w tym zakresie.

Odpowiedź „raczej tak" wybrało 17,9% badanych, a 2,9% respondentów wyraziło pełne przekonanie o legalności sterylizacji mężczyzn, odpowiadając „zdecydowanie tak”. Łącznie 20,8% badanych zakłada, że dobrowolna sterylizacja mężczyzn może być zgodna z polskim prawem. Ponadto, 15,7% respondentów wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”, co świadczy o relatywnie wysokim poziomie niepewności prawnej w tym zakresie.

Wykres nr 37: Czy Pana/Pani zdaniem ryzyko związane z zabiegiem sterylizacji kobiet mieści się w granicach ryzyka nie większego od przeciętnego?

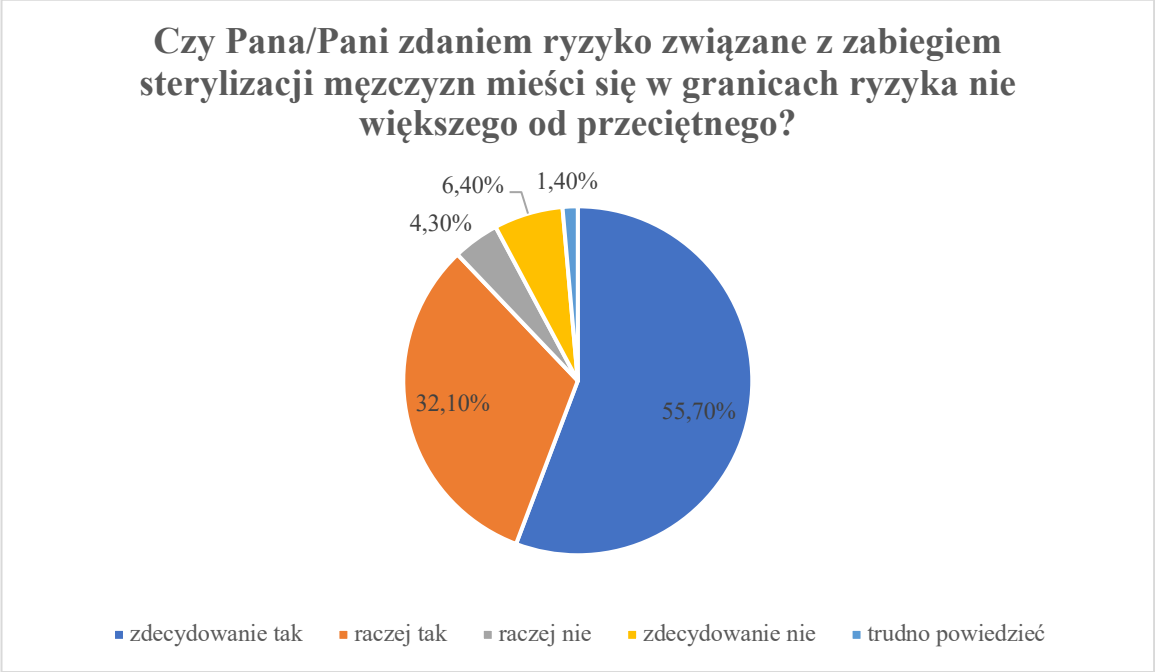


Źródło: Opracowanie własne.

Największy odsetek ankietowanych, bo aż 49,3%, wyraził przekonanie, że ryzyko związane z zabiegiem sterylizacji kobiet mieści się w granicach ryzyka nie większego od przeciętnego, zaznaczając odpowiedź „zdecydowanie tak". Kolejną najpopularniejszą odpowiedzią na analizowane pytanie była „raczej tak", a takiej zaznaczyło 35,7% ankietowanych lekarzy. Łącznie 85% badanych uważa, że ryzyko związane ze sterylizacją kobiet jest akceptowalne i nie przekracza przeciętnych norm medycznych.

Spośród ankietowanych 6,4 % zaznaczyło odpowiedź „raczej nie", a 2,1% udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie nie". Odpowiedzi te wskazują na istnienie niewielkiej grupy lekarzy, którzy postrzegają sterylizację jako procedurę potencjalnie bardziej ryzykowną. Dodatkowo, 6,4% respondentów zaznaczyło odpowiedź „trudno powiedzieć".

Wykres nr 38. Czy Pana/Pani zdaniem ryzyko związane z zabiegiem sterylizacji mężczyzn mieści się w granicach ryzyka nie większego od przeciętnego?

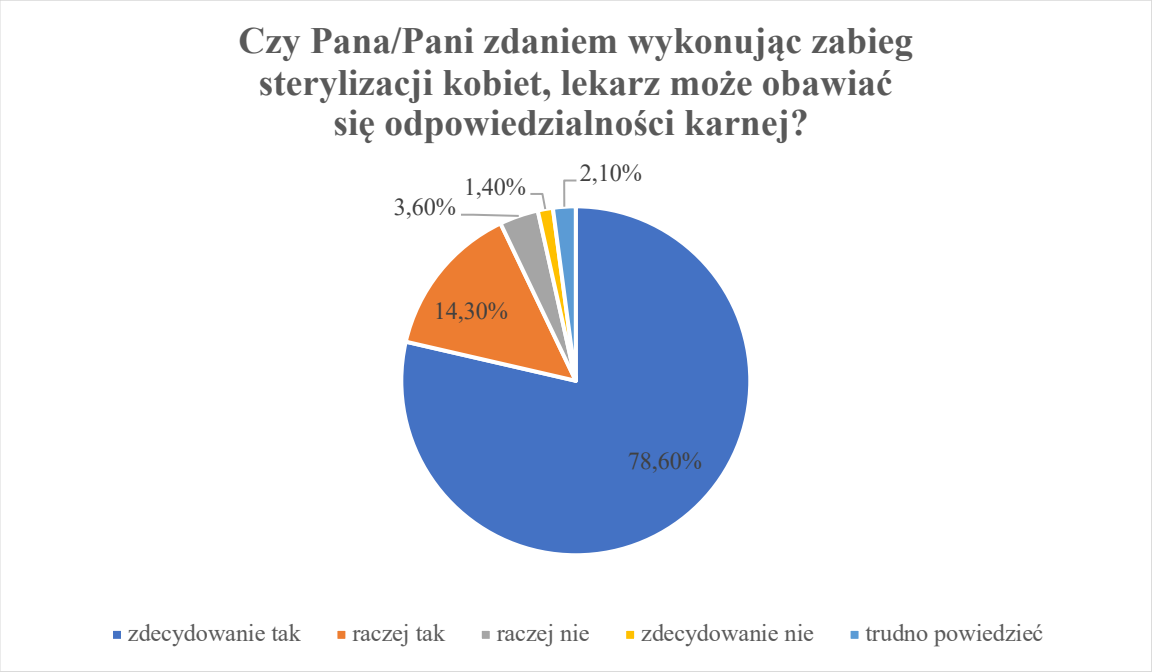


Źródło: Opracowanie własne.

Największy odsetek respondentów (55,7%) zaznaczył odpowiedź „zdecydowanie tak", wyrażając pełne przekonanie, że ryzyko związane z dobrowolną sterylizacją mężczyzn mieści się w granicach ryzyka przeciętnego. Kolejne 32,1% badanych wskazało odpowiedź „raczej tak". Łącznie aż 87,8% lekarzy zgodziło się, że procedura sterylizacji mężczyzn nie wiąże się z istotnym ryzykiem medycznym, które mogłoby przekraczać standardowe normy.

Z kolei 4,3% respondentów uznało, że ryzyko prawdopodobnie przekracza granice przeciętnego, odpowiadając „raczej nie", a 1,4% ankietowanych wskazało odpowiedź „zdecydowanie nie". Odpowiedź „Trudno powiedzieć" wybrało 6,4% respondentów.

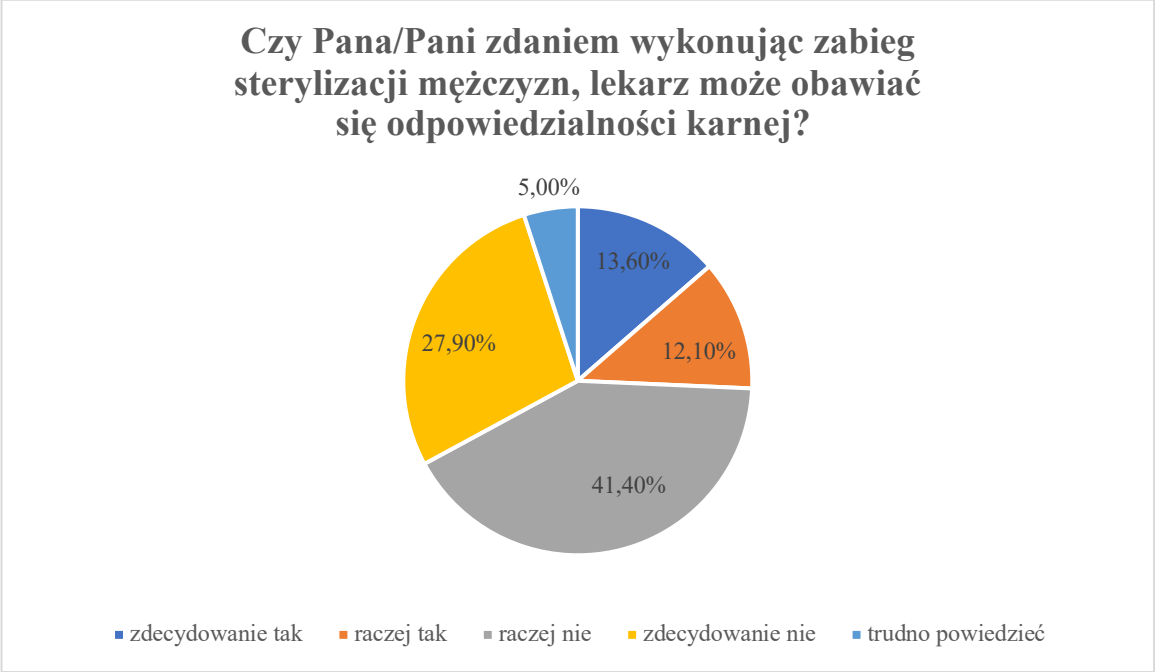
Wykres nr 39. Czy Pana/Pani zdaniem wykonując zabieg sterylizacji kobiet, lekarz może obawiać się odpowiedzialności karnej?



Źródło: Opracowanie własne.

Zdecydowana większość badanych, ponieważ aż 78,6% ankietowanych wskazało odpowiedź „zdecydowanie tak". Kolejne 14,3% respondentów odpowiedziało „raczej tak", co wskazuje na pewne, choć mniej stanowcze, obawy w tym zakresie. Łącznie aż 92,9% lekarzy uważa, że ryzyko odpowiedzialności karnej w przypadku sterylizacji kobiet jest realnym problemem, co podkreśla skalę postrzeganego zagrożenia prawnego. Jedynie 3,6% badanych zaznaczyło odpowiedź „raczej nie", a 1,4% „zdecydowanie nie". Odpowiedź „trudno powiedzieć" wybrało 2,1% respondentów.

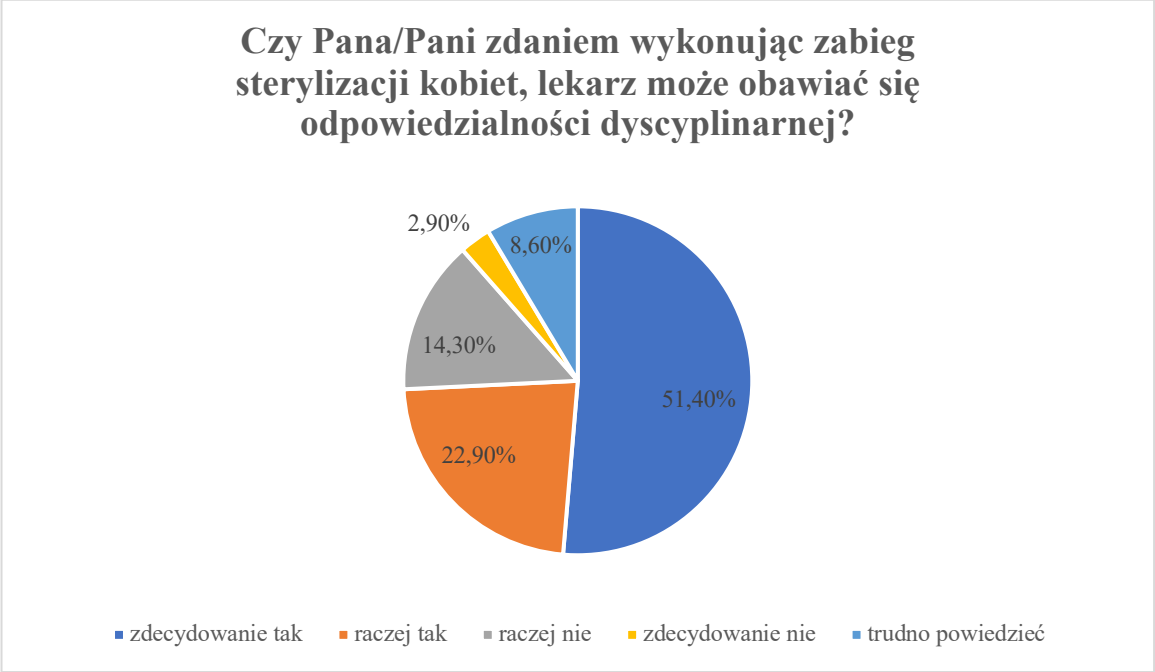
Wykres nr 40. Czy Pana/Pani zdaniem wykonując zabieg sterylizacji mężczyzn, lekarz może obawiać się odpowiedzialności karnej?



Źródło: Opracowanie własne.

Spośród respondentów aż 41,4 % wskazało odpowiedź „zdecydowanie nie", zaś 27,9% odpowiedziało „raczej nie". Łącznie 69,3% lekarzy wyraziło brak obaw dotyczących odpowiedzialności karnej w przypadku sterylizacji mężczyzn. 13,6% respondentów zaznaczyło odpowiedź „zdecydowanie tak", a 12,1% „raczej tak". Razem te odpowiedzi stanowią 25,7% uczestników ankiety, co oznacza, że co czwarty lekarz dostrzega ryzyko prawne związane z wykonywaniem sterylizacji mężczyzn. Ponadto 5% badanych wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć".

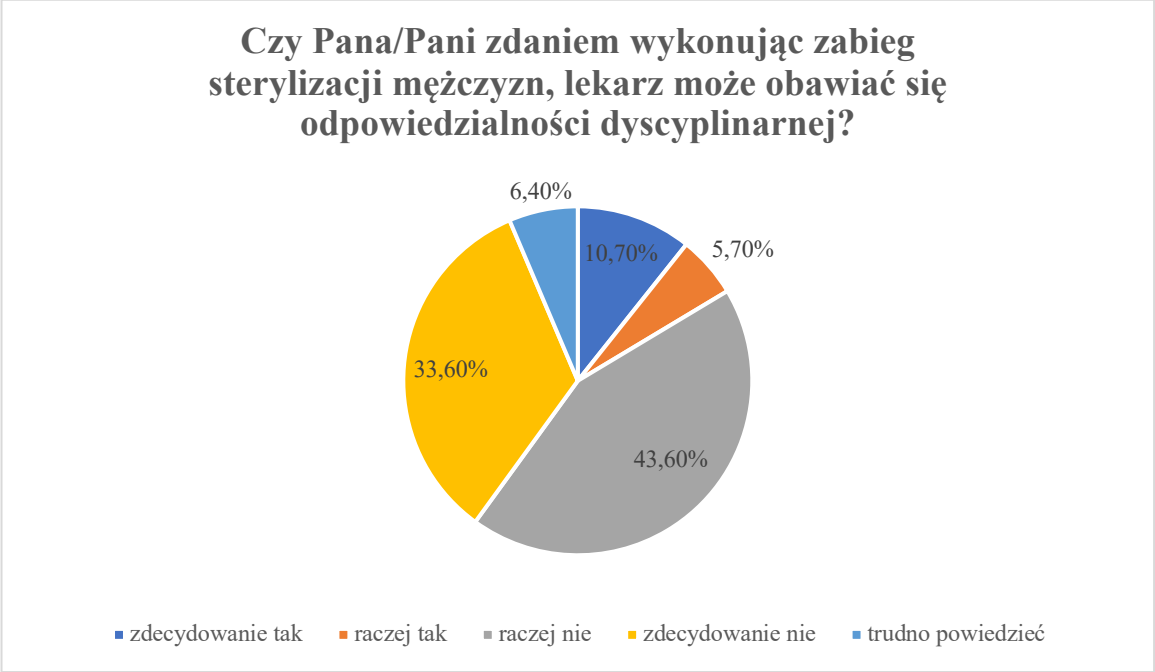
Wykres nr 41: Czy Pana/Pani zdaniem wykonując zabieg sterylizacji kobiet, lekarz może obawiać się odpowiedzialności dyscyplinarnej?



Źródło: Opracowanie własne.

Odpowiedź „zdecydowanie tak" na pytanie „czy Pana/Pani zdaniem wykonując zabieg sterylizacji kobiet, lekarz może obawiać się odpowiedzialności dyscyplinarnej?" wskazała ponad połowa, bo aż 51,4% badanych. Kolejne 22,9% zaznaczyło odpowiedź „raczej tak", co wskazuje na umiarkowane, choć również istotne obawy. Łącznie aż 74,3% respondentów wyraża przekonanie, że ryzyko odpowiedzialności dyscyplinarnej jest realnym problemem w przypadku tej procedury. Wyniki wskazują, że większość lekarzy odczuwa obawy przed odpowiedzialnością dyscyplinarną w związku z wykonywaniem zabiegów sterylizacji kobiet. Co siódmy badany, czyli 14,3% lekarzy odpowiedziało „raczej nie", a 8,6% „zdecydowanie nie". Odpowiedź „trudno powiedzieć" wybrało 2,9% uczestników ankiety.

Wykres nr 42: Czy Pana/Pani zdaniem wykonując zabieg sterylizacji mężczyzn, lekarz może obawiać się odpowiedzialności dyscyplinarnej?

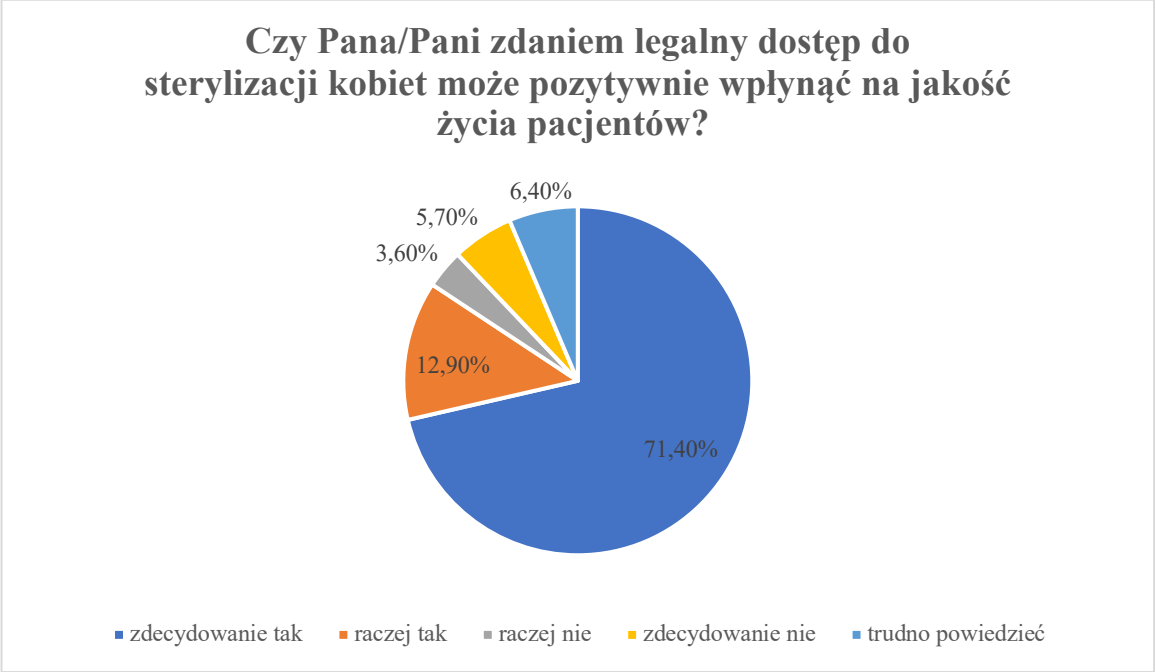


Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki zaprezentowane na powyższym wykresie kołowym ukazują znacząco mniejsze obawy respondentów w porównaniu do sytuacji dotyczącej sterylizacji kobiet. Największa grupa respondentów, 43,6%, wskazała odpowiedź „zdecydowanie nie". Kolejne 33,6% wybrało odpowiedź „raczej nie", co oznacza umiarkowaną pewność w tej kwestii. Łącznie aż 77,2% respondentów uważa, że ryzyko odpowiedzialności dyscyplinarnej za sterylizację mężczyzn jest niewielkie lub nie istnieje. Wyniki ankiety wskazują, że zdecydowana większość lekarzy nie obawia się odpowiedzialności dyscyplinarnej w przypadku wykonywania sterylizacji mężczyzn.

Natomiast 10,7 % ankietowanych lekarzy zaznaczyło odpowiedź „zdecydowanie tak", a 5,7% odpowiedziało „raczej tak", co oznacza, że łącznie 16,4% respondentów dostrzega pewne obawy dotyczące odpowiedzialności dyscyplinarnej w związku z tym zabiegiem. Jest to znacznie mniejszy odsetek w porównaniu do wyników dotyczących sterylizacji kobiet. Odpowiedź „trudno powiedzieć" wybrało 6,4% ankietowanych.

Wykres nr 43. Czy Pana/Pani zdaniem legalny dostęp do sterylizacji kobiet może pozytywnie wpłynąć na jakość życia pacjentów?

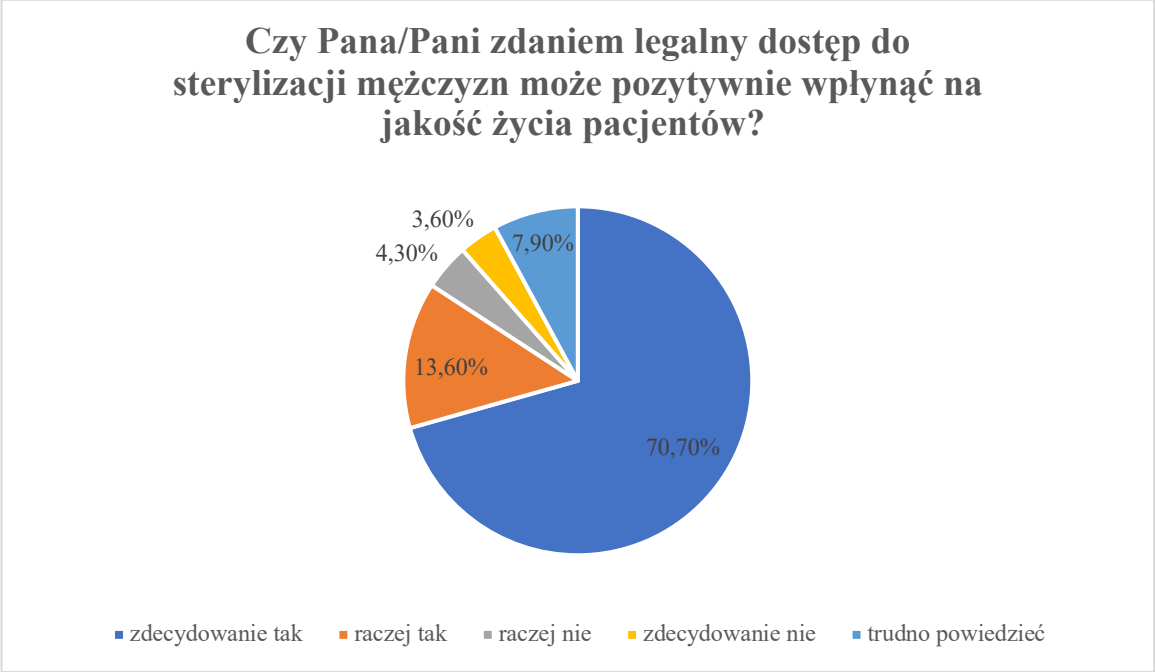


Źródło: Opracowanie własne.

Największa grupa respondentów, bo aż 71,4%, wybrała odpowiedź „zdecydowanie tak", wyrażając pełne przekonanie, że legalny dostęp do sterylizacji kobiet może znacząco poprawić jakość życia pacjentów. 12,9% zaznaczyło odpowiedź „raczej tak", co oznacza, że łącznie 84,3% lekarzy uznaje, że możliwość legalnej sterylizacji ma pozytywny wpływ na życie pacjentów. Wyniki ankiety wskazują, że zdecydowana większość lekarzy dostrzega pozytywny wpływ legalnego dostępu do sterylizacji kobiet na jakość życia pacjentów. Wyraźna dominacja odpowiedzi „zdecydowanie tak" i „raczej tak" sugeruje, że lekarze postrzegają możliwość poddania się sterylizacji jako istotny element poprawy dobrostanu i wolności decyzyjnej pacjentek.

Zaledwie 3,6% respondentów wskazało odpowiedź „raczej nie", a 5,7% wybrało „zdecydowanie nie". Odpowiedzi te świadczą o istnieniu niewielkiej grupy lekarzy, którzy są sceptyczni wobec potencjalnych korzyści wynikających z legalnego dostępu do sterylizacji kobiet. Odpowiedź „trudno powiedzieć" wybrało 6,4% badanych lekarzy.

Wykres nr 44. Czy Pana/Pani zdaniem legalny dostęp do sterylizacji mężczyzn może pozytywnie wpłynąć na jakość życia pacjentów?

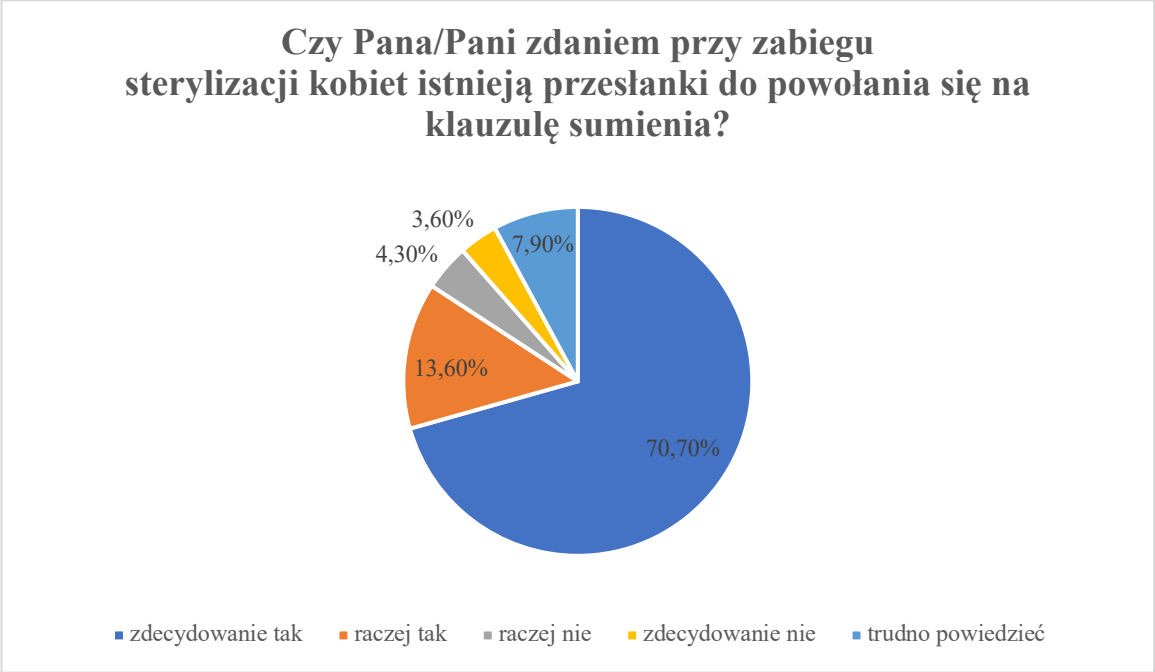


Źródło: Opracowanie własne.

Największa grupa respondentów, ponieważ aż 70,7%, zaznaczyła odpowiedź „zdecydowanie tak". Wskazuje to na silne przekonanie, że legalny dostęp do sterylizacji mężczyzn może w znaczący sposób poprawić jakość życia pacjentów. Kolejne 13,6% wybrało odpowiedź „raczej tak", co łącznie daje 84,3% lekarzy dostrzegających pozytywny wpływ legalnego dostępu do tej procedury. Podobnie jak w przypadku sterylizacji kobiet, dominuje przekonanie, że dostępność tej procedury może pozytywnie wpłynąć na dobrostan pacjentów.

Zdecydowanie mnie respondentów jest negatywnie nastawionych do wpływu legalności wazektomii na poprawę jakości życia pacjenta. 4,3% respondentów odpowiedziało „raczej nie", a 3,6% wskazało „zdecydowanie nie", co oznacza, że niewielka grupa lekarzy podchodzi sceptycznie do tego zagadnienia. Ich odpowiedzi mogą wynikać z obaw o potencjalne skutki społeczne, medyczne lub etyczne.

Wykres nr 45: Czy Pana/Pani zdaniem przy zabiegu sterylizacji kobiet istnieją przesłanki do powołania się na klauzulę sumienia?

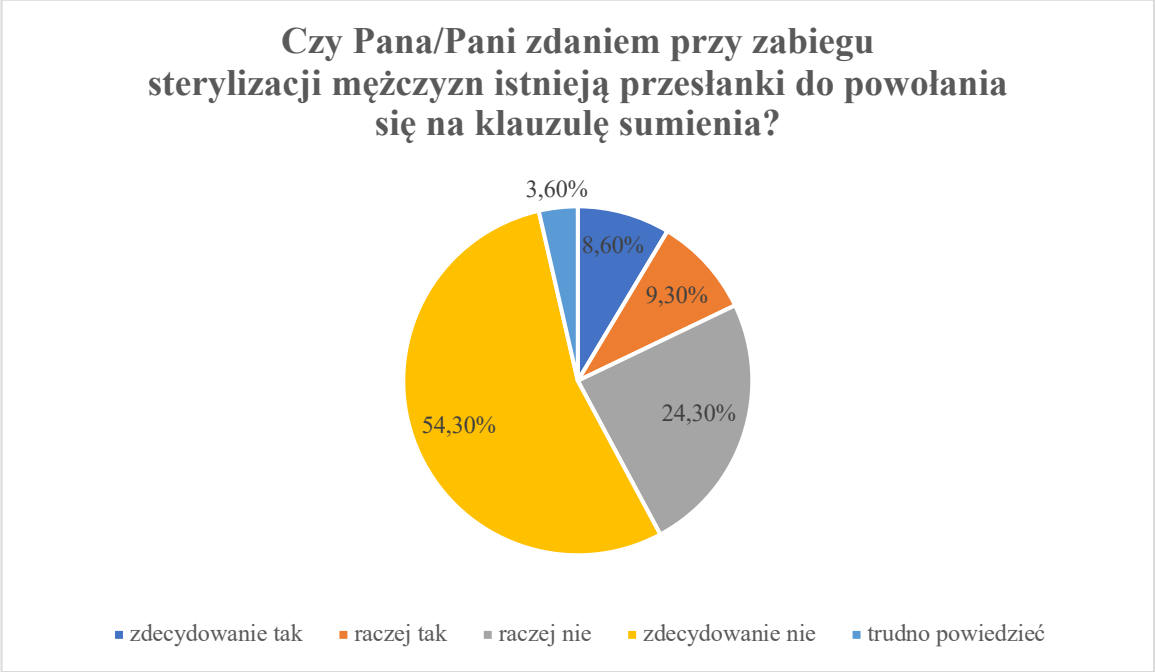


Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki ankiety wskazują, że zdecydowana większość lekarzy dostrzega przesłanki do zastosowania klauzuli sumienia przy wykonywaniu zabiegu sterylizacji kobiet. 70,7% ankietowanych wybrało odpowiedź „zdecydowanie tak", zaś kolejne 13,6% odpowiedziało „raczej tak". Łącznie aż 84,3% lekarzy dostrzega możliwość zastosowania klauzuli sumienia w takich przypadkach.

Zaledwie 4,3% lekarzy zaznaczyło odpowiedź „raczej nie", a 3,6% „zdecydowanie nie", co wskazuje na niewielką grupę respondentów, którzy nie widzą podstaw do stosowania klauzuli sumienia przy zabiegu sterylizacji kobiet. Odpowiedź „trudno powiedzieć" wybrało 7,9% ankietowanych, co może wynikać z braku wyrobionego zdania w tej kwestii lub zróżnicowanego podejścia do stosowania klauzuli sumienia w praktyce zawodowej.

Wykres nr 46. Czy Pana/Pani zdaniem przy zabiegu sterylizacji mężczyzn istnieją przesłanki do powołania się na klauzulę sumienia?

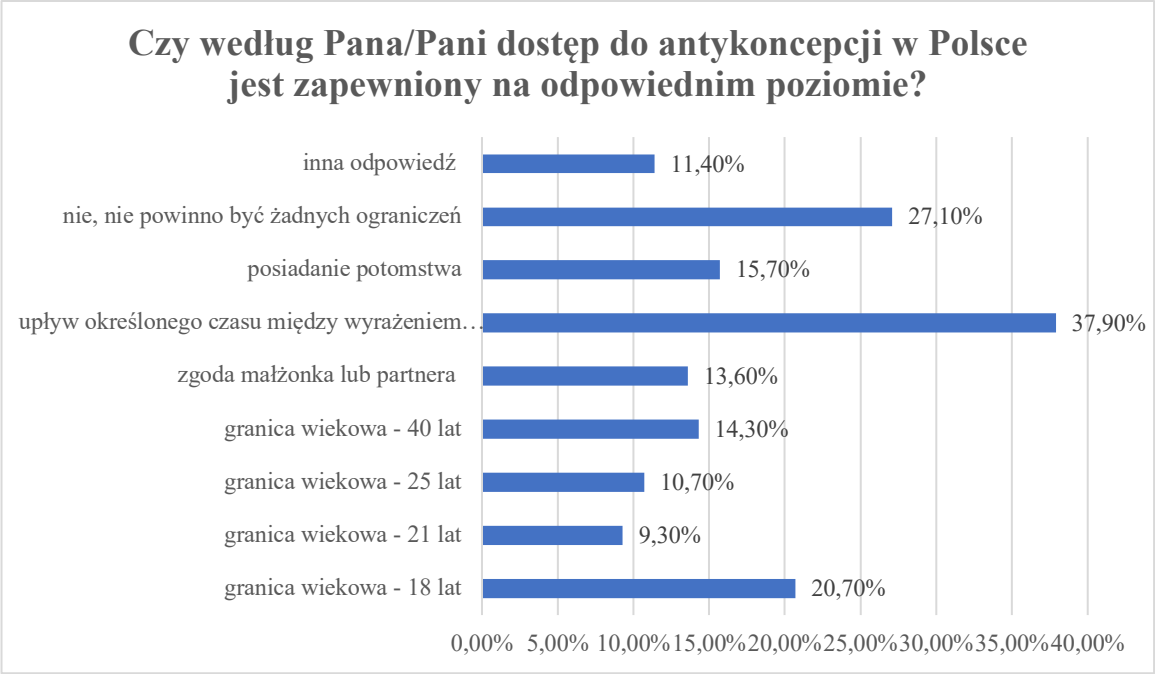


Źródło: Opracowanie własne.

Wykres zaprezentowany powyżej przedstawia przewagę negatywnych odpowiedzi na zadane pytanie. Odpowiedź „zdecydowanie nie" wskazało 54,3% respondentów, co jest największą grupą odpowiedzi. Odpowiedź „raczej nie" wskazało 24,3% badanych lekarzy, co wskazuje na sceptyczne podejście do klauzuli sumienia w kontekście sterylizacji mężczyzn. Wyniki wskazują, że większość lekarzy nie widzi przesłanek do powoływania się na klauzulę sumienia przy zabiegach sterylizacji mężczyzn. Jest to wyraźny kontrast w porównaniu do odpowiedzi dotyczących sterylizacji kobiet, gdzie dominowała przeciwną perspektywa. Może to wynikać z różnic w postrzeganiu społecznej i etycznej wagi tych procedur.

Natomiast łącznie 17,9% respondentów dostrzega możliwość zastosowania klauzuli sumienia w takich przypadkach - 8,6% lekarzy wybrało odpowiedź „zdecydowanie tak", a 9,3% „raczej tak". Zaledwie 3,6% respondentów zaznaczyło odpowiedź „trudno powiedzieć".

Wykres nr 48. Czy Pana/Pani zdaniem przy możliwości poddania się dobrowolnej sterylizacji powinny zostać wprowadzone jakieś warunki? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)



Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki, przedstawione na wykresie słupkowym, wskazują na preferencje lekarzy w zakresie potencjalnych warunków regulujących dostęp do sterylizacji. Najczęściej wybieraną odpowiedzią był „upływ określonego czasu między wyrażeniem zgody a wykonaniem zabiegu”**,** na którą wskazało 37,9% respondentów. Sugeruje to, że wielu lekarzy postrzega czas na przemyślenie decyzji jako kluczowy element procesu podejmowania świadomej decyzji o sterylizacji.

Drugą najczęściej zaznaczaną odpowiedzią było „nie, nie powinno być żadnych ograniczeń” – tę opcję wybrało 27,1% lekarzy. Wynik ten wskazuje, że ponad jedna czwarta respondentów opowiada się za pełną swobodą decyzyjną pacjentów w zakresie sterylizacji, bez narzucania dodatkowych warunków. „Granica wiekowa - 18 lat” została wskazana przez 20,7% respondentów, co oznacza, że część lekarzy uważa osiągnięcie pełnoletności za wystarczający warunek dla możliwości poddania się sterylizacji. W realiach polskiego ustawodawstwa ustalenie granicy wiekowej jako 18 lat jest równoznaczne z brakiem dodatkowych ograniczeń, bowiem jest to granica wiekowa, w której pacjent może wyrazić samodzielnie zgodę na zabieg medyczny.

Inne propozycje granic wiekowych, takie jak 21 lat (9,3%)**,** 25 lat (10,7%)**, czy** 40 lat (14,3%)**,** były wybierane rzadziej, co pokazuje zróżnicowanie opinii na temat minimalnego wieku wymaganego do sterylizacji.

Odpowiedź „posiadanie potomstwa" zostało wskazane przez 15,7% respondentów, natomiast „zgoda małżonka lub partnera", jako wymóg, została wskazana przez 13,6% respondentów. Z kolei „inną odpowiedź", którą jako pytanie półotwarte mogli dopisać sami, wybrało 11,4% lekarzy. Wśród odpowiedzi dopisanych samodzielnie pojawiły się wskazania na połączenie wymogów, takich jak granica wiekowa i liczba posiadanego potomstwa, wysokie ryzyko powikłań w ciąży czy sterylizacja osób ciężko upośledzonych bez granicy wiekowej. Na konsultacje z psychologiem lub psychiatrą wskazało 4 spośród ankietowanych lekarzy, co jest najczęściej powtarzającą się z dopisanych odpowiedzi. Trzech lekarzy zaznaczyło, że ich zdaniem lekarz w ogóle nie powinien wykonywać zabiegu sterylizacji. Ciekawa wydaje się odpowiedź jednego z lekarzy, który wskazał, że ograniczenia powinny dotyczyć wyłącznie zabiegów wykonywanych w ramach finansowania publicznego, natomiast odpłatny zabieg nie powinien być obciążony żadnymi ograniczeniami prawnymi, oprócz pełnoletności.

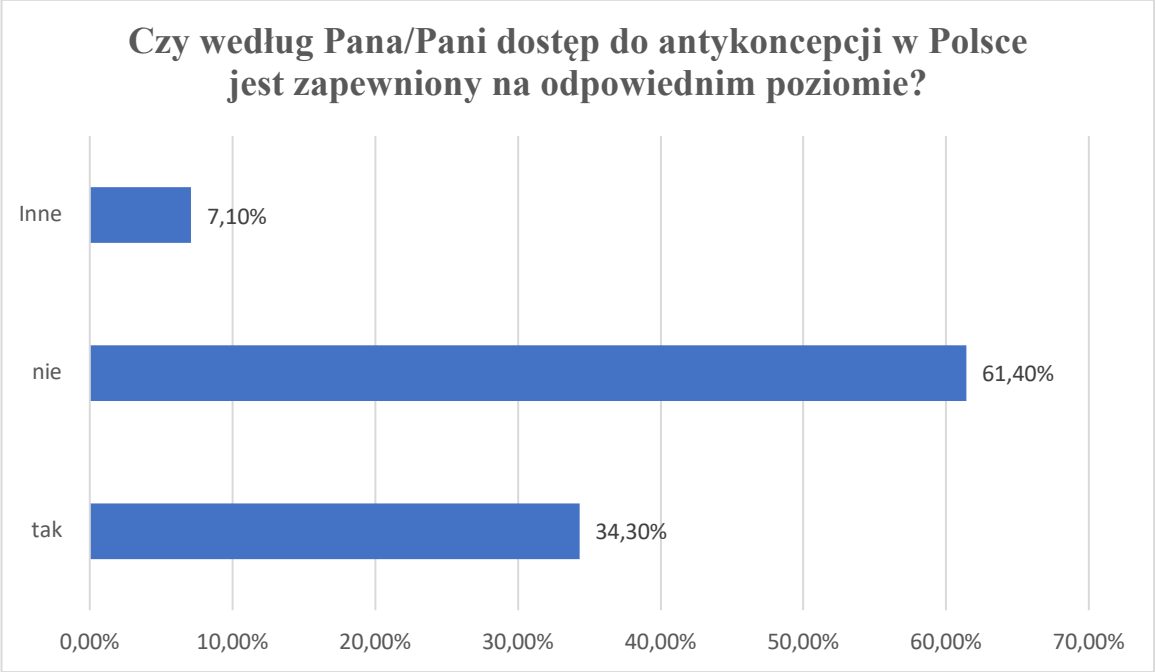
Wykres nr 49. W Polsce wykonywane są zabiegi sterylizacji męskiej. Czy Pana/Pani zdaniem brak jasnych regulacji prawnych dotyczących legalności zabiegu może wpływać na strach lekarza przed odpowiedzialnością karną i ograniczenie popularności jego wykonywania?

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki wskazują, że większość lekarzy uważa brak jasnych regulacji prawnych za istotny czynnik ograniczający popularność sterylizacji męskiej oraz powodujący obawy przed odpowiedzialnością karną. Ponad połowa, aż 54,3% lekarzy wybrało odpowiedź „zdecydowanie tak", wyrażając pełne przekonanie, że brak jasnych regulacji prawnych rzeczywiście powoduje obawy lekarzy przed odpowiedzialnością karną, co w efekcie ogranicza popularność wykonywania tego zabiegu. Kolejne 24,3% respondentów zaznaczyło odpowiedź „raczej tak", co sugeruje, że większość lekarzy (łącznie 78,6%) dostrzega wpływ niejasności prawnych na decyzje podejmowane w kontekście sterylizacji mężczyzn.

Spośród badanych lekarzy na pytanie „Czy Pana/Pani zdaniem brak jasnych regulacji prawnych dotyczących legalności zabiegu może wpływać na strach lekarza przed odpowiedzialnością karną i ograniczenie popularności jego wykonywania?" Tylko 9,3% respondentów odpowiedziało „raczej nie", a 3,6% „zdecydowanie nie". Odpowiedź "trudno powiedzieć" wybrało 8,6% ankietowanych.

Wykres nr 50. Czy według Pana/Pani dostęp do antykoncepcji w Polsce jest zapewniony na odpowiednim poziomie? (W odpowiedzi „inne" można podać postulowane zmiany)



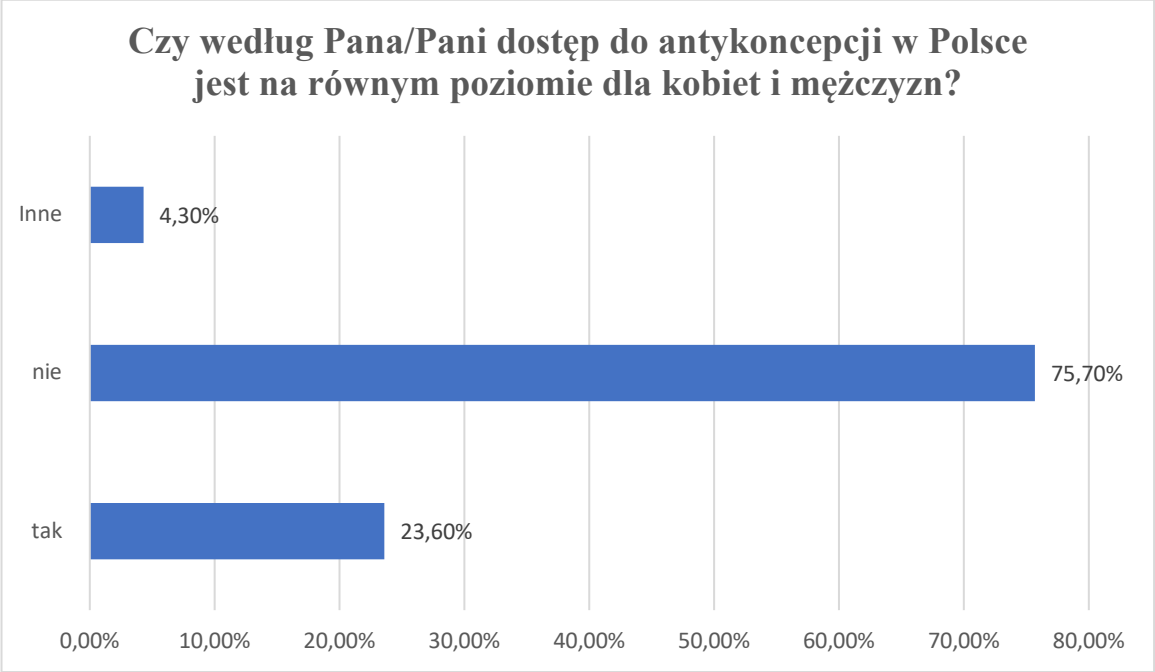
Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki przedstawione na powyższym wykresie słupkowym wskazują na przewagę opinii krytycznych wobec dostępności antykoncepcji w Polsce. Większość badanych (61,4%) na pytanie: „Czy według Pana/Pani dostęp do antykoncepcji w Polsce jest zapewniony na odpowiednim poziomie?" odpowiedziało przecząco, zaś nieco ponad jedna trzecia z badanej grupy (34,3%) odpowiedziało twierdząco.

Opcję „inne" zaznaczyło 7,1% respondentów. W polu, gdzie możliwe było dopisanie własnych odpowiedzi, badani wskazali na następujące kwestie: potrzebę wprowadzenia bezpłatnej antykoncepcji oraz dostęp do części preparatów bez recepty; konieczność edukacji w szkołach ponadpodstawowych; brak możliwości sterylizacji, która jest uznaną metodą na świecie; lepszy dostęp do tanich lub darmowych metod długoterminowej antykoncepcji (takich jak wkładki wewnątrzmaciczne z refundacją czy implanty antykoncepcyjne z refundacją). Zgłoszono również potrzebę promowania mniej szkodliwej antykoncepcji dla pacjentek, u których kolejne cesarskie cięcie stanowi zagrożenie życia, oraz dla pacjentek z niepełnosprawnościami.

Respondenci zwrócili uwagę na fakt, że założenie wkładki wewnątrzmacicznej jest bardzo słabo finansowane przez NFZ, co ogranicza jej dostępność dla pacjentek o niższym statusie materialnym. Podkreślono także niski poziom edukacji i małą wiedzę na temat metod antykoncepcji oraz mechanizmów ich działania. Wskazano na konieczność poprawy dostępu do informacji oraz edukacji, szczególnie wśród młodzieży, gdzie obecny poziom wiedzy oceniono jako niewystarczający. Dodatkowo należy odnotować, że jedna z ankietowanych osób przedstawiła pogląd, iż jest przeciwna antykoncepcji, którą postrzega jako truciznę.

Wykres nr 51. Czy według Pana/Pani dostęp do antykoncepcji w Polsce jest na równym poziomie dla kobiet i mężczyzn? (W odpowiedzi „inne" można podać postulowane zmiany)



Źródło: Opracowanie własne.

Na wykresie zaprezentowanym powyżej można odczytać, że 75,7% respondentów wskazało, że dostęp do antykoncepcji nie jest równy dla obu płci. Ten wynik jednoznacznie pokazuje, że większość lekarzy dostrzega znaczące różnice w poziomie dostępności antykoncepcji dla kobiet i mężczyzn. Prawie co czwarty ankietowany, bo 23,6% respondentów uznało, że dostęp do antykoncepcji jest równy.

W miejscu, gdzie w pytaniu „Czy według Pana/Pani dostęp do antykoncepcji w Polsce jest na równym poziomie dla kobiet i mężczyzn?" można było wskazać postulowane zmiany, lekarze wpisali: praktyczny brak możliwości sterylizacji kobiet, ograniczenie dostępu do antykoncepcji dla kobiet poniżej 18. roku życia (innej niż mechaniczna). Zwrócono również uwagę, że w dużych miastach dostęp do antykoncepcji jest równy, natomiast w małych miejscowościach kobiety napotykają na znacznie większe trudności w jej uzyskaniu. Jedna z ankietowanych osób w tym miejscu wskazała, że w jej ocenie sterylizacja nie jest formą antykoncepcji, lecz ubezpłodnieniem. Zaznaczyła, że te pojęcia nie są, jej zdaniem, tożsame.

§ 3. Wnioski z badań

Przeprowadzone badanie jest istotną częścią analizy badania statusu prawnego zabiegu sterylizacji. Zbadanie opinii tej grupy zawodowej jest istotne z uwagi na fakt, że temat pracy jakim jest zabieg medyczny ubezpłodnienia dotyczy jej bezpośrednio, jako osób potencjalnie wykonujących go.

Przeprowadzone badanie stanowi istotny element całości pracy dotyczącej statusu prawnego zabiegu sterylizacji. Analiza opinii tej grupy zawodowej jest szczególnie ważna, ponieważ temat pracy, czyli zabieg medyczny sterylizacji, dotyczy jej bezpośrednio jako potencjalnych wykonawców tego typu procedur.

Pierwszy z głównych problemów badawczych, postawiony przed realizacją badania, dotyczył opinii lekarzy na temat prawnych aspektów zabiegu sterylizacji. W związku z tym zdecydowano się sformułować główny problem badawczy nr 1 w formie pytania: Jak kształtuje się opinia lekarzy specjalistów na temat statusu prawnego sterylizacji kobiet i mężczyzn? W celu przeprowadzenia pogłębionej analizy tego zagadnienia, przedstawione zostaną odpowiedzi na poszczególne problemy szczegółowe, które odnoszą się do wskazanego problemu o charakterze ogólnym.

Problem szczegółowy nr 1.1: Czy lekarze uważają, że sterylizacja kobiet jest legalna w Polsce?

Analiza uzyskanych danych wskazuje, że dominująca większość respondentów uważa, iż dobrowolna sterylizacja kobiet jest w Polsce nielegalna. Aż 86,4% ankietowanych jednoznacznie stwierdziło, że taki zabieg jest „zdecydowanie nielegalny". Kolejne 7,1% respondentów również wyraziło przekonanie o jego nielegalności, wybierając odpowiedź „raczej nie". Tym samym łącznie 93,5% badanych wskazało na brak legalności dobrowolnej sterylizacji w polskim systemie prawnym. Jest to zbieżne z informacją, że podczas prac badawczych nie napotkano na informację o wykonywaniu tego zabiegu w Polsce w celach antykoncepcyjnych.

Odsetek respondentów, którzy uznali, że sterylizacja kobiet może być zgodna z prawem, jest znikomy. Odpowiedź „raczej tak" wybrało 2,9% uczestników badania, natomiast jedynie 0,7% (1 osoba) uznało z pełnym przekonaniem, że taki zabieg jest „zdecydowanie legalny".

Problem szczegółowy nr 1.2: Czy lekarze uważają, że sterylizacja mężczyzn jest legalna w Polsce?

Opinia lekarzy na temat statusu prawnego wazektomii nie jest już tak jednoznaczna, jak przy podwiązaniu jajowodów. Największa grupa, stanowiąca 35% badanych, wskazała, że sterylizacja mężczyzn jest „zdecydowanie nielegalna". Dodatkowe 28,6% respondentów wybrało odpowiedź „raczej nie", co oznacza, że łącznie 63,6% badanych uznaje, iż dobrowolna sterylizacja mężczyzn nie jest dozwolona w Polsce.

Jednocześnie należy zauważyć, że odsetek lekarzy dopuszczających możliwość legalności sterylizacji mężczyzn jest wyższy niż w przypadku sterylizacji kobiet. Łącznie 20,8% respondentów wskazało, że taki zabieg może być zgodny z polskim prawem, z czego 17,9% wybrało odpowiedź „raczej tak", a 2,9% „zdecydowanie tak". Warto także podkreślić, że 15,7% badanych wskazało odpowiedź „trudno powiedzieć", co sugeruje wyższy poziom niepewności prawnej w porównaniu z analogicznym pytaniem dotyczącym sterylizacji kobiet.

W odniesieniu do poprzednich wyników dotyczących legalności sterylizacji kobiet, zauważa się znaczącą różnicę w percepcji respondentów. Podczas, gdy aż 93,5% badanych uznało, że dobrowolna sterylizacja kobiet jest nielegalna, w przypadku mężczyzn odsetek ten jest wyraźnie niższy - 63,6% odpowiedzi. Jednocześnie odsetek lekarzy dopuszczających możliwość legalności sterylizacji mężczyzn (20,8%) jest znacznie wyższy niż w przypadku kobiet - 3,6%. Dane te mogą wskazywać na postrzeganą różnicę w zakresie społecznej i prawnej akceptacji sterylizacji w zależności od płci pacjenta, co może być istotnym tematem dalszych badań.

Problem szczegółowy nr 1.3: Jak lekarze oceniają ryzyko związane z zabiegami sterylizacji kobiet w porównaniu z zabiegami sterylizacji mężczyzn?

Ryzyko związane z zabiegiem sterylizacji mężczyzn oraz sterylizacji kobiet jest postrzegane przez lekarzy na podobnym poziomie. W przypadku sterylizacji kobiet łącznie 85% respondentów uznało, że ryzyko mieści się w przeciętnych normach medycznych, zaś w odniesieniu do zabiegu wobec mężczyzn odsetek ten wyniósł 87,8% odpowiedzi. W stosunku do sterylizacji kobiet 8,5% lekarzy uznało, że ryzyko związane z zabiegiem przekracza przeciętne ryzyko medyczne. W odniesieniu do wazektomii ten odsetek liczył 5,7%. Można zatem zauważyć, że sterylizacja mężczyzn jest przez lekarzy postrzegana jako procedura nieco mniej ryzykowna niż sterylizacja kobiet, lecz różnice te nie są duże.

Problem szczegółowy nr 1.4: Czy istnieje różnica w postrzeganiu odpowiedzialności karnej lekarzy wykonujących sterylizację kobiet i mężczyzn?

Badanie ukazało znaczące różnice w postrzeganiu potencjalnego ryzyka odpowiedzialności karnej przez lekarzy wykonujących zabiegi sterylizacji kobiet i mężczyzn. W przypadku sterylizacji kobiet zdecydowana większość badanych, bo aż 92,9%, uważa, że istnieje ryzyko odpowiedzialności karnej. W przypadku sterylizacji mężczyzn percepcja odpowiedzialności karnej jest wyraźnie odmienna. Aż 69,3% lekarzy uznało, że odpowiedzialność karna nie stanowi w tym przypadku istotnego zagrożenia. Koreluje to więc z przekonaniem o legalności zabiegu sterylizacji męskiej oraz nielegalności sterylizacji kobiet. Respondenci postrzegają ryzyko odpowiedzialności karnej w przypadku sterylizacji kobiet jako znacznie większe niż w przypadku sterylizacji mężczyzn.

Problem szczegółowy nr 1.5: Czy istnieje różnica w postrzeganiu odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarzy wykonujących sterylizację kobiet i mężczyzn?

W opiniach lekarzy istnieją również istotne różniące względem postrzegania potencjalnej odpowiedzialności lekarzy wykonujących sterylizację kobiet i mężczyzn. W przypadku sterylizacji kobiet 74,3% respondentów wyraziło przekonanie, że ryzyko odpowiedzialności dyscyplinarnej jest realnym problemem (porównując aż 92,9%, uważa, że istnieje ryzyko odpowiedzialności karnej przy wykonywaniu tego zabiegu).

W przypadku sterylizacji mężczyzn obawy związane z odpowiedzialnością dyscyplinarną były wyraźnie mniejsze. Aż 77,2% respondentów wskazało, że ryzyko takie jest znikome lub nie istnieje (43,6% „zdecydowanie nie" i 33,6% „raczej nie"). Zaledwie 16,4% lekarzy wyraziło obawy w tym zakresie. Jednocześnie należy wskazać, że więcej, ponieważ 25,7% respondentów dostrzega obawy przed odpowiedzialnością karną wykonujących ten zabieg.

Problem szczegółowy nr 1.6: Jak zdaniem lekarzy powinna kształtować się prawna dostępność do zabiegu dobrowolnej sterylizacji?

Badanie pokazało, że w opinie lekarzy na temat tego jak powinna prawnie ukształtować się dostępność tej formy antykoncepcji różnią się od siebie. Najwięcej ankietowanych, bowiem ponad jedna trzecia, wskazało, że pomiędzy wyrażeniem zgody na zabieg a jego wykonaniem powinien upłynąć określony w ustawie czas. Drugą najczęściej zaznaczaną opcją był „brak

jakichkolwiek ograniczeń" (27,1%), co świadczy o poparciu części lekarzy dla pełnej swobody decyzyjnej pacjentów. Wprowadzenie granicy wiekowej, najczęściej określanej na 18 lat (20,7%), również spotkało się z uznaniem jako minimalny wymóg prawny. Mniej popularne były inne ograniczenia, takie jak „posiadanie potomstwa" (15,7%) czy „zgoda małżonka lub partnera" (13,6%). W odpowiedziach otwartych pojawiły się propozycje łączenia wymogów, wskazania na konieczność konsultacji psychologicznej oraz opinie, że ograniczenia powinny dotyczyć wyłącznie zabiegów finansowanych publicznie, a odpłatne mogłyby być dostępne bez dodatkowych obostrzeń.

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że hipoteza badawcza nr 1 została potwierdzona. Choć zauważono pewne różnice w postrzeganiu legalności sterylizacji mężczyzn i kobiet, to wyniki wskazują na bardziej liberalną opinię w przypadku sterylizacji męskiej. Większość lekarzy uważa sterylizację kobiet za nielegalną, podczas gdy w przypadku mężczyzn odsetek ten jest niższy, a część lekarzy dostrzega możliwość jej legalności. Różnice te sugerują, że status prawny sterylizacji może być postrzegany odmiennie w zależności od płci pacjenta, jednak rozbieżności te są mniej wyraźne, niż pierwotnie zakładano.

Dokonując analizy głównego problemu badawczego nr 2 (jak kształtuje się opinia lekarzy specjalistów na temat społecznego postrzegania sterylizacji kobiet i mężczyzn), uznano również za zasadne przejście przez wcześniej postawione problemy badawcze o charakterze szczegółowym.

Problem szczegółowy nr 2.1: W jaki sposób opinia lekarzy na temat wpływu sterylizacji na jakość życia pacjentów różni się w przypadku kobiet i mężczyzn?

Przeprowadzone badanie wykazuje, że lekarze dostrzegają podobnie pozytywny wpływ dostępności zabiegu na jakość życia kobiet i mężczyzn. W przypadku sterylizacji kobiet, zdecydowana większość lekarzy (84,3%) uważa, że legalny dostęp do tego zabiegu może znacząco poprawić jakość życia pacjentek, z dominującym przekonaniem wyrażonym przez 71,4% respondentów. Identyczny odsetek lekarzy (84,3%) również dostrzega pozytywny wpływ legalnej sterylizacji na życie mężczyzn, jednak z nieco niższym odsetkiem odpowiedzi „zdecydowanie tak" (70,7%). W obu przypadkach przeważa pozytywna opinia, ale u mężczyzn jest nieznacznie mniej entuzjastyczna. Również w przypadku sterylizacji mężczyzn, negatywne odpowiedzi są rzadsze, zaledwie 4,3% respondentów uważa, że sterylizacja nie poprawia

jakości życia pacjenta, co pokazuje, że lekarze są bardziej sceptyczni wobec sterylizacji kobiet w porównaniu do mężczyzn.

Różnice w opiniach lekarzy na temat wpływu sterylizacji na jakość życia pacjentów mogą wynikać ze społecznych i kulturowych norm, które częściej budzą obawy wobec sterylizacji kobiet, związanych z ich rolą reprodukcyjną. Dodatkowo, sterylizacja kobiet jest bardziej skomplikowaną procedurą medyczną niż wazektomia, co może wpływać na większe wątpliwości lekarzy co do jej bezpieczeństwa i długoterminowych konsekwencji zdrowotnych.

Problem szczegółowy nr 2.2: Jakie są opinie lekarzy na temat etycznych przesłanek (np. klauzuli sumienia) związanych z wykonywaniem zabiegów sterylizacji kobiet i mężczyzn?

Większość lekarzy dostrzega możliwość zastosowania klauzuli sumienia w przypadku sterylizacji kobiet, z 84,3% respondentów uznających, że takie zabiegi mogą naruszać ich etyczne lub religijne przekonania. Natomiast w przypadku sterylizacji mężczyzn, jedynie 17,9% lekarzy uważa, że klauzula sumienia powinna być stosowana, co sugeruje, że etyczne obawy dotyczące tej procedury są mniej wyraźne. Różnice te mogą wynikać z odmiennych postrzegań społecznych i kulturowych w kontekście płci i reprodukcji, a także z głęboko zakorzenionych norm, które wiążą sterylizację kobiet z kwestiami odpowiedzialności za macierzyństwo. Dodatkowo, społeczne postrzeganie mężczyzn jako mniej związanych z rolą rodzicielską może sprawiać, że procedura sterylizacji mężczyzn jest mniej obciążona etycznym ciężarem.

Problem szczegółowy nr 2.3: Czy polskie społeczeństwo ma odpowiedni dostęp do metod antykoncepcyjnych uznanych na świecie?

W opinii lekarzy polskie społeczeństwo nie ma wystarczającego dostępu do metod antykoncepcyjnych uznanych na świecie. Większość badanych (61,4%) uważa, że dostęp do antykoncepcji w Polsce nie jest zapewniony na odpowiednim poziomie. Zgłoszono szereg problemów, takich jak brak refundacji niektórych metod długoterminowej antykoncepcji, niewystarczający dostęp do sterylizacji, a także niski poziom edukacji na temat metod antykoncepcyjnych. Dodatkowo, wskazano na konieczność wprowadzenia bezpłatnej antykoncepcji oraz lepszego dostępu do informacji, szczególnie wśród młodzieży.

Problem szczegółowy nr 2.4: Czy zdaniem lekarzy równy dostęp do antykoncepcji dla kobiet i mężczyzn jest zapewniony w polskim systemie ochrony zdrowia?

Zdaniem lekarzy, równy dostęp do antykoncepcji dla kobiet i mężczyzn nie jest zapewniony w polskim systemie ochrony zdrowia. Aż 75,7% respondentów zauważa istotne różnice w dostępności antykoncepcji między płciami, wskazując m.in. na brak dostępu do sterylizacji dla kobiet, ograniczenia w dostępie do metod antykoncepcyjnych dla młodszych kobiet oraz trudności w małych miejscowościach. Choć w większych miastach dostępność jest lepsza, to nierówności te nadal pozostają istotnym problemem.

Analiza wyników badania pozwala stwierdzić, że główna hipoteza badawcza nr 2, zakładająca zbliżone opinie lekarzy na temat społecznego zapotrzebowania na sterylizację męską i kobiecą, została częściowo potwierdzona. Zdecydowana większość lekarzy uznaje, że dostępność sterylizacji ma pozytywny wpływ na jakość życia zarówno kobiet, jak i mężczyzn, chociaż opinie na temat wpływu tego zabiegu są nieco mniej entuzjastyczne w przypadku mężczyzn. Natomiast hipoteza o większej dostępności środków antykoncepcyjnych dla mężczyzn została potwierdzona, gdyż 75,7% lekarzy dostrzega nierówności w dostępie do antykoncepcji między płciami, szczególnie wskazując na większe trudności w dostępie do sterylizacji i innych metod antykoncepcyjnych dla kobiet.

Przeprowadzone badanie ankietowe dotyczące statusu prawnego zabiegu sterylizacji w Polsce wykazało, że lekarze zdecydowanie uznają dobrowolną sterylizację kobiet za nielegalną, podczas gdy w przypadku mężczyzn opinie są bardziej zróżnicowane, z częścią respondentów dopuszczających jej legalność.

Ponadto, lekarze postrzegają ryzyko związane z tymi zabiegami jako podobne, choć sterylizacja mężczyzn jest oceniana jako ryzykowana w mniejszym stopniu. Istotne różnice pojawiają się w kwestii odpowiedzialności karnej i dyscyplinarnej – lekarze widzą większe ryzyko w przypadku sterylizacji kobiet, co może wpływać na ich decyzje zawodowe. Może to wynikać z powszechnego w społeczeństwie przekonania o statusie prawnym tych zabiegów, jak również z faktu, że wykonuje się w Polsce zabiegi wazektomii. Z kolei, dostępność do antykoncepcji w Polsce jest oceniana jest przez lekarzy jako niewystarczająca, a nierówności w dostępie do metod antykoncepcyjnych dla kobiet i mężczyzn są dostrzegane przez większość lekarzy.

Rozdział VIII

Obraz sterylizacji w Polsce

§ 1. Metodyka badawcza

Z uwagi na niejasną sytuację prawną zabiegu sterylizacji postanowiono zbadać fragmentarycznie postawy osób, które daną procedurą medyczną są zainteresowane. Pozyskana w ten sposób wiedza może rozjaśnić motywacje pacjentów oraz ich potrzeby. Jest to istotne ze społecznego punktu widzenia, bowiem należy zadać pytanie, czy penalizowanie dobrowolnej sterylizacji nie jest ochroną dobra jakim jest zdolność płodzenia wbrew woli dzierżycieli tego dobra.

Na potrzeby badań opisanych w niniejszym rozdziale postawiono następujące główne problemy badawcze oraz odpowiadające im hipotezy badawcze:

Problem badawczy nr 1: jak kształtuje się obraz sterylizacji w Internecie?

Hipoteza badawcza nr 1: w internecie znajduje się wiele informacji na temat sterylizacji, a sam zabieg postrzegany jest jako jedna z metod antykoncepcji.

Sformułowanie problemu badawczego nr 1 w powyższy sposób jest uzasadnione rozdźwiękiem poglądów na temat tego zabiegu, panującym w społeczeństwie polskim. Samo słowo „sterylizacja" często bywa kojarzone z przymusowymi praktykami stosowanymi w XX wieku w obozach koncentracyjnych. Społeczeństwa zachodnie przeszły jednak przemianę, a wraz z nimi zmieniała się funkcja opisywanego zabiegu. Stał się on wyrazem wolności człowieka w sferze integralności własnego ciała oraz wolności podejmowania decyzji o rodzicielstwie, zamiast, jak to miało miejsce wcześniej, narzędziem przymusowego regulowania urodzeń danych grup społecznych.

Postawienie hipotezy badawczej w powyższy sposób jest umotywowane przekonaniem, że w społeczeństwie polskim coraz większą rolę odgrywa świadome rodzicielstwo oraz

wolność w sferze praw reprodukcyjnych. Założono, że sterylizacja coraz częściej bywa zrównana z innymi metodami antykoncepcyjnymi.

Do problemu badawczego nr 1 postawiono następujące problemy szczegółowe:

- **Problem badawczy nr 1.1:** w jakich treściach internetowych poruszany jest temat sterylizacji?
- **Problem badawczy nr 1.2:** jak prezentuje się oferta gabinetów lekarskich oferujących zabieg sterylizacji?
- **Problem badawczy nr 1.3:** jak kształtuje się aktywność internautów w obszarze sterylizacji?
- **Problem badawczy nr 1.4:** jak kształtuje się argumentacja osób będących przeciwnikami, a jak zwolennikami zabiegu sterylizacji?

Za celowe uznano zbadanie motywacji i postaw osób zainteresowanych zabiegiem sterylizacji, co zaowocowało postawieniem kolejnego głównego problemu badawczego.

Problem badawczy nr 2: jak kształtuje się motywacja osób zainteresowanych poddaniem się zabiegowi sterylizacji?

Hipoteza badawcza nr 2: motywacja osób zainteresowanych zabiegiem sterylizacji jest zróżnicowana, a za główną zaletę zabiegu uważana jest jego trwałość.

Postawienie problemu badawczego nr 2 w formie niniejszego pytania jest uzasadnione chęcią dotarcia do głębi procesu decyzyjnego, który prowadzi do poddania się sterylizacji. Postawy oraz motywacje pacjentów z punktu widzenia niniejszej pracy są niezwykle istotne, bowiem mogą odpowiedzieć na pytanie czy zdolność płodzenia wymaga ochrony prawnokarnej w przypadku jej naruszenia za zgodą dzierżyciela dobra. Możliwe jest, że *ratio legis* art. 156 § 1 pkt. 1 w kontekście zdolności płodzenia nie dotyczy dobrowolnego naruszenia tego dobra.

W badaniach postawiono główną hipotezę badawczą nr 2 w zaprezentowany sposób, zakładając, że motywacje i sytuacja życiowa osób zainteresowanych zabiegiem sterylizacji różni się od siebie. Założono również, że nieodwracalność zabiegu może zamiast zagrożenia stanowić istotną zaletę dla osób, które poddały się zabiegowi lub zamierzają z niego skorzystać.

Do problemu badawczego nr 2 postawiono następujące pytania szczegółowe:

- **Problem badawczy nr 2.1:** czy posiadanie dzieci ma wpływ na podjęcie decyzji o sterylizacji?
- **Problem badawczy nr 2.2:** czy wiek ma wpływ na podjęcie decyzji o sterylizacji?
- **Problem badawczy nr 2.3:** czy bycie w sformalizowanym związku wpływa na podjęcie decyzji o sterylizacji?
- **Problem badawczy nr 2.4:** czy osoby korzystające ze sterylizacji boją się nieodwracalności zabiegu w kontekście przyszłych zmian życiowych?

W celu pogłębienia informacji o postawach osób poddających się sterylizacji zaplanowano badania w sposób dwutorowy. Zbadanie fenomenu sterylizacji w Polsce jest niezwykle trudną kwestią. Trzeba przy tym zaznaczyć, że poddanie się zabiegowi medycznemu jest objęte poufnością i dotarcie do precyzyjnych informacji, ile osób skorzystało z takiej formy antykoncepcji byłoby niemożliwe. Informację o poddaniu się zabiegowi medycznemu można zaliczyć do danych wrażliwych, które wymagają szczególnej ochrony. Stąd też niemożliwe jest uzyskanie ich od placówek medycznych.

W kryminologii w celu uzyskania danych, które nie są zawarte w oficjalnych statystykach używane są metody badań typu *self-report* lub *survey* wiktymizacyjny. Badanie *self-report* polega na rozprowadzeniu w grupie respondentów kwestionariusza ankiety zawierającej listę zachowań (przeważnie przestępstw lub zachowań dewiacyjnych) oraz pytanie czy i jak często się ich dopuszczali[471]. *Survey* wiktymizacyjny jest badaniem podchodzącym do zjawiska przestępczości niejako od drugiej strony, skupiając się na ofierze przestępstwa. Celem badań wiktymizacyjnych jest również oszacowanie rozmiarów przestępczości, dążąc do zbadania przybliżonych rozmiarów przestępczości rzeczywistej. Badanie to ma wziąć pod uwagę zdarzenia, które nie zostały zgłoszone organom ścigania[472].

Możliwe jest więc użycie opisanych wyżej metod stosując je odpowiednio do problematyki sterylizacji, próbując w ten sposób oszacować, ile osób korzysta z tej formy antykoncepcji. Uznano jednocześnie, że przeprowadzenie takich badań nie jest konieczne. Bardziej istotnym problemem wydaje się to, czy w społeczeństwie polskim jest widoczne

[471] A. Siemaszko, M*etodologiczne problemy badań typu self-report*, „Archiwum kryminologii" 1988, T. XV, s. 36.
[472] J. Włodarczyk-Madejska, P. Ostaszewski, J. Klimczak, A. Siemaszko, *Ogólnopolskie Badanie Wiktymizacyjne 2020. Raport z badania*, Warszawa 2020, s. 5.

zainteresowanie tą formą antykoncepcji oraz jakie informacje na temat tego zabiegu są powszechnie dostępne w Internecie.

Sterylizacja jako metoda antykoncepcji z pewnością nie jest używana powszechnie. W związku z tym zdecydowano się postawić pytanie, czy istnieje w społeczeństwie potrzeba używania trwałych form antykoncepcji. Uzyskane dane pozwolą znaleźć podstawy społecznego uzasadnienia dopuszczalności lub zakazu wykonywania tego typu zabiegu. Ze względu na przedstawioną argumentację uznano, że badanie typu *self-desk* pozwala na osiągnięcie przewidywanych rezultatów.

Pierwszą z wybranych metod jest *desk research* czyli badania oparte na dokumentach. Metoda ta bywa określana jako „badania gabinetowe", „badania zza biurka" czy też „analiza danych zastanych". W ramach tej metody badacze często przeszukują różnego rodzaju źródła, w tym strony internetowe, elektroniczne bazy danych czy też decydują się na dokonanie monitoringu doniesień medialnych. Poszukiwania mogą skutkować odnalezieniem danych, informacji lub wniosków z badań przeprowadzonych wcześniej przez kogoś innego. Przy tego typu badaniach podstawowym narzędziem jest często komputer podłączony do internetu[473].

Jako zaletę tej metody można wskazać relatywnie krótki czas realizacji badania oraz jego niski koszt. Wyzwania, które najczęściej stoją przed badaczami wybierającymi tę metodę sprowadzają się do odpowiedniego doboru źródeł, ich łączenia oraz problemów z wiarygodnością zastanych informacji.

Przy przeprowadzaniu tego typu badań istotne jest sformułowanie odpowiednich pytań, które mają później ułatwić oraz doprecyzować proces poszukiwania informacji. Jest to badanie wtórne, co oznacza, że badacz wykorzystuje na potrzeby procesu badawczego zastane dane pierwotne, a następnie poddaje je analizie[474]. Inaczej jest np. przy wywiadzie, gdzie celem aktywności badacza jest pozyskanie nowych danych o charakterze pierwotnym, nie zaś posługiwanie się danymi uzyskanymi przez inne osoby.

Na potrzeby niniejszego opracowania dokonano analizy przestrzeni internetowej pod kątem dostępności materiałów dotyczących osób, które skorzystały z zabiegu sterylizacji. Przeanalizowano artykuły prasowe, fora internetowe oraz innego rodzaju źródła internetowe poświęcone tej problematyce. W celu uwzględnienia wszystkich walorów sieci oraz specyfiki

[473] A. Miotk, *Desk research co to jest – więcej o metodzie badawczej,* https://annamiotk.pl/desk-research-co-to-jest-wiecej-o-metodzie-badawczej/ [dostęp:14.02.2024].
[474] *Desk resartch w Encyklopedii zarządzania*, https://mfiles.pl/pl/index.php/Desk_research [dostęp: 14.02.2024].

materiałów tam udostępnianych postanowiono potraktować „dokument" w szerszym rozumieniu, nie ograniczając się wyłącznie do pisemnego zapisu faktów czy wydarzeń. Uznano, że właściwe będzie zbadanie wszystkich możliwych źródeł, występujących w dowolnej postaci (w tym również nagrania wideo, zdjęcia czy grafiki).

Przy analizie zebranych materiałów zwracano uwagę, na to czy są one godne zaufania tj. czy nie noszą śladów sfałszowania czy prób reinterpretacyjnych. Z uwagi na specyfikę internetu jako miejsca wymiany poglądów i doświadczeń uznano, że większą wiarygodność mają wypowiedzi, których autorzy podali swoje imię i nazwisko. Brak anonimowości może świadczyć o szczerości i autentyczności przedstawianych faktów i opinii. Ponadto zwrócono uwagę na to, czy analizowane treści są wciąż aktualne, czy też z uwagi na upływ czasu nie utraciły swojej wiarygodności. Takie podejście sprzyjać ma zabraniu rzetelnych treści i także sformułowaniu na ich podstawie aktualnych wniosków[475].

Z uwagi na fakt, że badania miały skupiać się na postawach członków społeczeństwa polskiego uznano, że analizie zostaną poddane materiały dostępne wyłącznie w języku polskim. Badanie *desk research* nie zapewnia jednak możliwości dotarcia do wszystkich rodzajów faktów jakie interesowały autora. Z tego względu postanowiono rozszerzyć badania używając również innej metody badań.

Drugą zastosowaną w pracy metodą był wywiad. W trakcie badań przeprowadzono rozmowy z jedną kobietą i jednym mężczyzną, którzy skorzystali z tej trwałej metody antykoncepcji. Kontakt do badanych udało się uzyskać za pośrednictwem Internetu, podczas przeprowadzania badania *desk research*. Celem przeprowadzonych wywiadów było zgłębienie informacji na temat postaw osób, które poddały się zabiegowi sterylizacji.

Założeniem Autora było poznanie przeżyć, uczuć, stanów psychicznych, motywacji oraz przekonań, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji w zakresie trwałego ubezpłodnienia, jak również następstw wykonania takich zabiegów. Stanowić ma to uzupełnienie przeprowadzonych wcześniej badań danych zastanych. Jak stwierdza J. Sztumski wywiad jest rozmową kierowaną, która odbywa się między co najmniej dwiema osobami – prowadzącym wywiad oraz respondentem. Specyfika tej rozmowy polega na tym, że badający chce uzyskać od respondenta określone dane umotywowane celem badawczym. Konieczne jest zatem odpowiednie współdziałanie ze sobą osób biorących udział w badaniu[476].

[475] J. Sztumski, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice 2020, s. 231-232.
[476] Ibidem, s. 201.

W literaturze zauważa się, że wywiad jest procesem, w którym osoba przeprowadzająca badanie ma za zadanie oddziaływać na respondenta stawiając pytania w taki sposób, aby skłonić go do wypowiedzi na temat stanowiący przedmiot badania[477]. Jednocześnie istotne jest, aby zachowanie badacza nie wypaczyło wyników badania – pytania powinny być skonstruowane w taki sposób, aby nie sugerowały odpowiedzi, lecz dawały respondentowi szansę na swobodną wypowiedź dotyczącą problematycznego zagadnienia.

Ze względu na cel badań zdecydowano się na wybór metody jaką jest wywiad o charakterze eksploracyjnym. Jest to bardziej swobodna forma wywiadu w porównaniu do wywiadu ustandaryzowanego, a także pozwala na pogłębienie wiedzy o danym zjawisku. Wybrana technika badawcza ma pozwolić na poznanie myśli i uczuć respondentów na temat przedmiotu badań. Zadaniem badacza w tym przypadku jest skłonienie respondenta do swobodnego wypowiadania się o własnych przemyśleniach, przeżyciach i uczuciach. Badanie odbywa się bez sztywno określonego scenariusza, a przeprowadzający wywiad posiłkuje się jedynie zbiorem wcześniej przygotowanych wskazówek czy tematów mających naprowadzić rozmowę na odpowiednie tory. Ważne przy tym jest, aby nie wpływać na treść udzielanych przez respondenta odpowiedzi, gdyż mogłoby to zniweczyć rezultaty badania[478].

Przed przeprowadzeniem procesu badawczego konieczne było dogłębne przemyślenie wszelkich wątpliwości i dylematów etycznych z nim związanych – jest to istotne, aby zachować standardy postulowane w środowisku naukowym[479]. Przed przystąpieniem do badań respondentom dokładnie wskazano ich istotę oraz cel. Jest to bardzo istotna kwestia, gdyż tylko wtedy mogli oni wyrazić świadomą zgodę na uczestnictwo w wywiadzie. Dlatego też Autor przed rozpoczęciem wywiadu przedstawił się oraz opowiedział o prowadzonych przez siebie badaniach. Wyjaśniono również, że badanie jest anonimowe, przeprowadzone wyłącznie na potrzeby pracy doktorskiej oraz przedstawiono jak będzie kształtował się dostęp do wyników badania.

Etyczna postawa badacza wiąże się również z zachowaniem należytej rzetelności. Wrażliwość osoby przeprowadzającej rozmowę oraz zaangażowanie w rozwiązywanie problemów badawczych powinny ułatwić uzyskanie pogłębionych informacji. Niniejszy

[477] W. J. Goode, P. K. Hatt, *Methods in Social Research*, Nowy Jork-Toronto-Londyn 1952, s. 186 i nast.
[478] A. N. Oppenheim, *Kwestionariusze, wywiady, pomiary postaw*, Poznań 2004, s. 83-85.
[479] Patrz szerzej np. S. Kvale, *Prowadzenie wywiadów,* Warszawa 2010, s. 59-72; S. Ciuk, D. Latusek-Jurczak, *Etyka w badaniach jakościowych* [w:] D. Jemielniak (red.) Badania jakościowe. Podejścia i teorie. Tom 1., Warszawa 2012, s. 22-39.

rozdział umieszczono na końcu pracy, a podczas pisania poprzednich jej części autor posiadł wiedzę umożliwiającą właściwe kierowanie rozmowy.

Osoba przeprowadzająca wywiad pogłębiony powinna swoim zachowaniem stwarzać komfort uczestnikowi badania. Pomocne do tego będą cechy badacza, takie jak łatwość w nawiązywaniu kontaktu, wnikliwe, lecz niewścibskie zainteresowanie rozmówcą oraz przyjazne nastawienie. Ponadto istotne było zachowanie postawy wstrzymującej się od formułowania ocen osoby i postawy rozmówcy, szczególnie dlatego, że wywiad dotyczył tematów intymnych, delikatnych i wrażliwych[480].

Celem badań, których rezultaty zaprezentowano w niniejszym rozdziale, nie było zmierzenie skali poddawania się zabiegowi sterylizacji, gdyż byłoby to niemożliwe. Zbadanie powszechności używania tej metody byłoby szczególnie trudne z uwagi na fakt, że temat ten dotyczy bardzo intymnej sfery życia człowieka. Badanie takie musiałoby być kierowane do pacjentów, ponieważ lekarzy obowiązuje tajemnica lekarska, która jest kluczowym elementem ochrony prywatności pacjentów. Przestrzeganie tajemnicy zawodowej stanowi fundament etyki zawodu lekarza oraz zapewnia zaufanie pacjentów[481]. Postanowiono zatem obrać inny cel. Dobrane metody miały na celu pogłębienie wiedzy o postawach osób, które poddały się zabiegowi sterylizacji bądź też chciałyby się mu poddać w przyszłości.

§ 2. Charakterystyka sterylizacji w Polsce w świetle wyników badań typu *desk research.*

Przestrzeń internetowa stała się platformą wymiany informacji w praktycznie wszystkich wymiarach życia. Często bywa pierwszym narzędziem służącym do szukania wiadomości - od tych o zbliżających się wydarzeniach kulturalnych, aktualnej scenie politycznej przez przepisy kulinarne, rekomendowane pozycje literackie po informacje o medycynie i antykoncepcji.

W niniejszym podrozdziale dokonano analizy dostępnych wirtualnie źródeł pod kątem dostępności sterylizacji. Dokonana została próba charakterystyki tego zjawiska w Polsce, biorąc pod uwagę różnego rodzaju strony internetowe.

Jako pierwszą w tym badaniu wzięto pod uwagę sterylizację mężczyzn, uznając, że badanie tego tematu dostarczy więcej informacji. Jest ona przecież wykonywana w Polsce. Nie

[480] A. N. Oppenheim, op.cit., s. 88.
[481] J. Sobczak, *Tajemnica lekarska w obliczu zmian*, „Medycyna i Prawo" 2017, nr 9 s. 40–51.

było zaskoczeniem, że po wpisaniu w popularną wyszukiwarkę internetową frazy „sterylizacja mężczyzn" już w pierwszych wynikach można było odnaleźć oferty prywatnych gabinetów lekarskich oferujących ten zabieg. Zauważyć należy, że częściej posługiwano się w nich wyrażeniem „wazektomia" niż „sterylizacja". Oprócz ofert polskich gabinetów medycznych można było znaleźć strony niemieckich placówek, które oferują w języku polskim możliwość poddania się temu zabiegowi na terenie Niemiec. Takich ofert jest jednak zdecydowanie mniej.

Strony gabinetów medycznych zawierają sporą dawkę wiedzy o samym zabiegu, obszerne wyjaśnienie informacji o istocie tej procedury medycznej, instrukcje o tym, jak się do niego przygotować, dane o przebiegu zabiegu oraz możliwych powikłaniach. Jednocześnie warto zauważyć, że na wielu z tych stron internetowych pojawia się pytanie o legalność sterylizacji jako metody antykoncepcyjnej. Przedstawione było tam również stanowisko podkreślające legalność zabiegu. Opis bywa czasem dość lakoniczny, lecz często również przytaczane są opinie prawników, potwierdzających prawdziwość takiego stanowiska.

Ofert poddania się temu zabiegowi można znaleźć wiele. Na potrzeby niniejszej pracy przeanalizowano 10 stron internetowych gabinetów lekarskich oferujących tę metodę antykoncepcyjną[482]. Na tej podstawie można zauważyć, że zabieg ten jest wykonywany w większości dużych polskich miast, a jego cena waha się między 2-3 tys. zł. O ile zdarza się, że jest on jedynie jedną z wielu oferowanych przez klinikę zabiegów, to można znaleźć też takie placówki, które wyspecjalizowały się wyłącznie w wazektomii.

Wszystkie gabinety określają wazektomię jako skuteczną i trwałą metodę antykoncepcyjną. Lekarze zaznaczają, że istnieje możliwość przywrócenia drożności nasieniowodów zabiegiem zwanym rewazektomią, lecz nawet jego skuteczne przeprowadzenie ma nie gwarantować przywrócenia płodności. Nie wszystkie z klinik mają jednak w ofercie ten zabieg. Po analizie stron, na których on występuje można stwierdzić, że jest on zdecydowanie droższy od zabiegu wazektomii, a jego cena oscyluje w granicach 15-20 tys. zł. Można znaleźć także informacje, że skuteczność rewazektomii waha się między 30 a 85%, co świadczy o dużej

[482] https://jolantajakubowska.pl/co-to-wazektomia-odwracalna-metoda-antykoncepcji-dla-mezczyzn/, https://www.dcg.wroclaw.pl/zabiegi/wazektomia-wroclaw/, https://dimedic.eu/pl/wiedza/wazektomia-cena-opinie-co-to-czy-jest-odwracalna, https://glivclinic.pl/zabiegi/nowoczesna-wazektomia-alternatywa-dla-trwalej-sterylizacji-mezczyzn/, https://wazektomia.warszawa.pl/nieprawidlowe-lub-nieprecyzyjne-okreslenia-wazektomii/, https://klinikamelitus.pl/urologia/wazektomia/, https://wazektomia-poznan.com.pl/kontakt/, https://www.berlin-vasektomie.de/pl/czym-jest-wazektomia/index.php, https://www.wazektomia.com/e5-czy-wazektomia-to-sterylizacja, https://www.veritamed.com/aktualnosc/1142/Wazektomia-Bez-Skalpela-meska-antykoncepcja [dostęp: 19.02.2024].

skali rozpiętości jego efektów[483]. Z tego też względu zdarza się, że lekarze rekomendują zdeponowanie spermy w banku nasienia. Ma to stworzyć pewnego rodzaju zabezpieczenie na wypadek, gdyby pacjent jednak zmienił zdanie i chciał mieć jeszcze dzieci.

Co ciekawe, gabinety lekarskie prezentują również wpływ wazektomii na życie kobiety – partnerki pacjenta. Zaznacza się, że o ile w początkowych etapach związku najczęstszą formą zapobiegania ciąży jest stosowanie prezerwatyw, to później obowiązek dbania o antykoncepcję spada na kobiety oraz przeznaczone im formy zapobiegania ciąży. Wazektomia ma być zatem traktowana jako swoisty „ukłon" w stronę swoich partnerek, zdejmując z ich barków obowiązek, który często jest związany ze szkodliwymi skutkami dla ich zdrowia.

Ponadto na stronach klinik dostępne są informacje o możliwości poprawy życia seksualnego po poddaniu się takiemu zabiegowi. Ma być to z korzyścią zarówno dla mężczyzny jak i jego partnerki. Poprawa współżycia ma się sprowadzać do cieszenia się wolnością podczas współżycia, bez negatywnych skutków innych form antykoncepcji i niepotrzebnych obaw przed zajściem w ciążę. Jednocześnie często zaznacza się, że zabieg ten nie powinien wywoływać negatywnych skutków dla seksualności. Informuje się, że nie ma on znaczenia dla produkcji hormonów męskich, więc nie oddziałuje na wysokość głosu, wielkość muskulatury czy owłosienia. Nie ma również wpływu na poziom *libido*.

Gabinety lekarskie przekonują o coraz większej popularności tego zabiegu w Polsce, nie ukazując przy tym jednak danych statystycznych. Przywoływane są natomiast statystyki wykonywania wazektomii w Stanach Zjednoczonych, gdzie ma mu się poddawać ok. 500 tys. mężczyzn rocznie[484].

Przeglądając jedną ze stron internetowych można odnaleźć rzekomy profil przeciętnego mężczyzny, jaki poddaje się sterylizacji w Polsce. Zgodnie z tym opisem ma nim być osoba po 30. roku życia, która już posiada potomstwo oraz żyje w satysfakcjonującym związku – sformalizowanym bądź nie[485]. Można również znaleźć informację, wedle której 78% pacjentów poddających się zabiegowi jest zadowolonych z jego skutków. Jako największe zalety życia po

[483] A jeżeli zmieni się moja sytuacja życiowa i będę chciał mieć dzieci? Czy wazektomia jest odwracalna? https://www.veritamed.com/aktualnosc/1142/Wazektomia-Bez-Skalpela-meska-antykoncepcja#9 [dostęp: 19.02.2024]

[484] Nowoczesna wazektomia – alternatywa dla trwałej sterylizacji mężczyzn, https://glivclinic.pl/zabiegi/nowoczesna-wazektomia-alternatywa-dla-trwalej-sterylizacji-mezczyzn/ [dostęp: 19.02.2024].

[485] Czy wazektomia jest dla mnie dobrym rozwiązaniem? https://www.veritamed.com/aktualnosc/1142/Wazektomia-Bez-Skalpela-meska-antykoncepcja#10 [dostęp: 19.02.2024].

wazektomii podaje się: brak strachu przed niechcianą ciążą, poczucie stabilności i pewności, zdjęcie z partnerki odpowiedzialności za antykoncepcję i wzięcie jej na siebie, odciążenie zdrowia pranerki oraz wzrost bliskości i zaufania w związku.

Warto również zauważyć, że informacje zamieszczone na znaczącej większości badanych stron eksponują pozytywne konsekwencje dla partnerek mężczyzn, którzy zdecydują się na wazektomię. Temat polepszenia jakości relacji w związku jest na tyle często poruszany, że można uznać, iż hipoteza zakładająca korzystanie z tej formy trwałej antykoncepcji przez mężczyzn będących w stabilnych związkach została potwierdzona.

Na forum dyskusyjnym forumginekologiczne.pl pod wątkiem o wazektomii znajdują się 53 wpisy. Pierwszy wpis pochodzi z 29 sierpnia 2007 r., zaś najnowszy na dzień przygotowywania niniejszej dysertacji, datowany jest na 21 stycznia 2024 roku Oznacza to, że temat ten może nie jest szczególnie popularny na forum, lecz wciąż pozostaje aktualny.

Jeden z wpisów na forum dotyczącym wazektomii jest relacją mężczyzny, który miał się poddać temu zabiegowi w wieku 20 lat. Pacjent miał spotkać się u jednego z lekarzy z odmową poddania się zabiegowi z uwagi na jego młody wiek. Jednak udało mu się skorzystać z możliwości poddania się zabiegowi w innej placówce, gdzie nie wymagano osiągnięcia wyższego wieku. Możemy w tej wypowiedzi przeczytać: „Mam bardzo liberalne podejście do życia, jednak i tak zdecydowanie wolę zapobiegać poczęciu, niż potem martwić się o aborcję itp. Jestem człowiekiem, który wie czego chce od życia i swojej decyzji żałować nie będę, a jak będę, to tylko ja, a nie nikt inny". Z uwagi na fakt, że wpis jest anonimowy nie jest możliwe zweryfikowanie przedstawionych w nim faktów. Autor wpisu przywołuje jednak stronę internetową kliniki, gdzie spotkał się z ograniczeniem wiekowym oraz tę, za pośrednictwem której umówił się na zabieg.

Przy tym samym wątku na forum można znaleźć relacje pacjentów, którzy poddali się zabiegowi wiele lat temu i są z decyzji zadowoleni. Często pojawia się informacja o tym, że do zabiegu skłoniła ich partnerka po urodzeniu kolejnego dziecka.

W części wpisów internauci relacjonują przebieg zabiegu, wskazując klinikę, w której został on wykonany. Zdarza się, że wspominają, jakie efekty uboczne pojawiły się po wazektomii i po jakim czasie ustąpiły.

Co ciekawe, wśród członków forum powtarza się informacja o kuponie zniżkowym na następny zabieg dla samego pacjenta lub dla innej osoby, której pacjent kupon przekaże i poleci

daną klinikę[486]. Rzekomi pacjenci polecają sobie na forum lekarzy, podając ich dane kontaktowe: strony internetowe lub numery telefonów. W innych wpisach można znaleźć przestrogę przed poddawaniem wazektomii. Ich autorzy zaznaczają, że lekarze oferują tego typu zabieg wyłącznie z egoistycznej chęci zysku, a pacjenci będą w przyszłości żałować swojej decyzji.

Oprócz osób dzielących się swoimi pozytywnymi opiniami na temat podniesienia jakości życia po zabiegu, odnaleźć można również wpisy deklarujące niezadowolenie z jego efektów. Najczęstszym powodem wymienianym w tych wpisach jest „czucie się okaleczonym i bezwartościowym".

Na innym forum o nazwie beztabu.com w kategorii „antykoncepcja" znajduje się wątek o tytule „wazektomia a zdrowie?? Ktoś po zabiegu może coś powiedzieć?", gdzie jeden z internautów prosi o podzielenie się opinią o zabiegu przez osoby, które go przeszły. Autor wątku przedstawia się jako 29 latek, ojciec dwójki dzieci, żyjący w związku małżeńskim. Relacjonuje, że razem z żoną nie planuje dalszego powiększania rodziny i rozważa poddanie się sterylizacji. Pod rzeczonym wątkiem znajduje się ponad 120 odpowiedzi. Wątek został rozpoczęty 27 kwietnia 2012 r., zaś najnowsza odpowiedź pochodzi z 10 sierpnia 2023 r.[487]

W tym wątku można znaleźć wpisy dywagujące na temat tego, czy ten zabieg jest w Polsce legalny czy też nie. Pokazuje to, niestety bardzo wyraźnie, brak świadomości w zakresie dopuszczalności tego zabiegu w aktualnym stanie prawnym. Z reguły pada jednak stwierdzenie, że skoro znajduje się on w ofercie gabinetów lekarskich to można przyjąć, iż jest on dozwolony w świetle aktualnych rozwiązań normatywnych. Może to wynikać z szacunku i społecznego zaufania do osób wykonujących zawód lekarza, a co za tym idzie, przyjęcia, że praktyki podejmowane przez medyków są legalne.

W części wpisów można zaobserwować negatywny stosunek do tego zabiegu. Najczęściej wymienianymi argumentami są: brak możliwości zmiany zdania w przyszłości wobec nieodwracalności zabiegu oraz przeświadczenie, że poddanie się wazektomii odbiera pacjentowi „część męskości". Bywa również, że zabieg ten jest porównywany do kastracji[488].

[486] Z uwagi na fakt, że trudno zweryfikować, czy o kuponie faktycznie pisze pacjent, trzeba wziąć pod uwagę, że może być to forma reklamy stosowana przez gabinety lekarskie.
[487] Stan na 20.02.2024 roku
[488] Porównanie jest z oczywistych względów błędne i może wynikać z braku odpowiedniej wiedzy lub być też hiperbolizacją w celu zwiększenia siły argumentu. Kastracja wiąże się z amputacją gonad, zaś przy wazektomii nie ma to miejsca. Mylenie obu pojęć może świadczyć o niskiej świadomości społecznej na temat tych procedur medycznych oraz wynikających z nich konsekwencji.

Wśród zwolenników męskiej sterylizacji dominują argumenty wzięcia odpowiedzialności za antykoncepcję na siebie i odciążenie w tej kwestii partnerki, zdecydowanie się na ograniczenie prokreacji przy akceptacji już wystarczającej liczby potomstwa, a także poprawa jakości życia seksualnego bez strachu o nieplanowaną ciążę. Można znaleźć opinię o „wazektomii, która ma stanowić przejaw miłości" dla partnerki, która zmagała się z problemami hormonalnymi po używaniu doustnej antykoncepcji.

Wpisy użytkowników relacjonujących, że poddali się temu zabiegowi opisują go jako prosty, krótki i bezbolesny. Internauci wymieniają się informacjami o tym, jakie zalecenia otrzymali od lekarza po samym zabiegu. Często poruszany jest temat większej satysfakcji z życia seksualnego po zabiegu, lecz warty odnotowania jest także fakt, że jeden z pacjentów skarży się na brak satysfakcji seksualnej w związku z dotykiem w okolicach jąder. Podobnie jak przy poprzednim z analizowanych na forum wątków rzekomi pacjenci polecają sobie wzajemnie lekarzy.

Wpisy znajdujące się na forum są anonimowe – internauci piszą je pod przybranymi nickami. Stąd też zbadanie ich autentyczności uważa się za niemożliwe, co wynika przede wszystkim ze specyfiki aktywności w przestrzeni wirtualnej, której immanentną cechą jest właśnie anonimowość. Bezsprzecznie stwarza ona możliwość publikowania w internecie treści, które mogą okazać się nieprawdziwe. Z drugiej strony daje ona także szansę na dzielenie się rzeczywistymi przeżyciami i wiarygodnymi informacjami w sieci przez osoby, które nie chcą się ujawniać. Należy jednak zauważyć pewną powtarzalność opinii na temat zabiegu. Prezentowane we wpisach wypowiedzi pozwalają na wyciągnięcie wniosków natury ogólnej.

Na forum forum.gazeta.pl można znaleźć liczne wątki dotyczące męskiej sterylizacji. Przywołane forum nie jest portalem specjalistycznym, lecz ogólną platformą, gdzie internauci wymieniają się poglądami na dowolne zagadnienia. Po wpisaniu w dostępną tam wyszukiwarkę frazy „wazektomia" otrzymuje się 2 318 wyników[489]. Tematy niektórych z nich to: „Wazektomia dlaczego NIE", „Mój mąż chce się poddać wazektomii", „wazektomia", „wazektomia – myślicie o tym", „wazektomia – co to jest", „partner po wazektomii. czy zaakceptowałabyś?", „niepłodność wazektomia", „zabieg wazektomii" czy też „wazektomia. Czy Wasi partnerzy zgodziliby się?"[490].

[489] Stan na 21.02.2024 roku
[490] Zachowaną oryginalną pisownię.

Analizując wpisy można zauważyć, że osoby zastanawiające się nad poddaniem się temu zabiegowi lub relacjonujące, że go przeszły są najczęściej po trzydziestce, mają już dzieci i są w stałych, stabilnych związkach – najczęściej małżeństwach. Tworzy to pewien obraz „modelowego pacjenta" i zdaje się potwierdzać informację znalezioną wcześniej na stronie internetowej jednego z gabinetów lekarskich. Poddanie się zabiegowi bywa inicjowane zarówno przez samych mężczyzn, jak również ich partnerki. Do najczęstszych przyczyn zaliczyć można decyzję, o tym, że nie chce się mieć więcej dzieci oraz dążenie do tego, aby kobieta nie musiała ponosić negatywnych skutków zdrowotnych związanych ze stosowaniem antykoncepcji hormonalnej.

O ile przedstawione cechy pasują do większości rzekomych pacjentów, to pojawiają się również odstępstwa od opisanego modelowego profilu pacjenta decydującego się na wazektomię. Zdarza się, że chęć skorzystania z tego zabiegu lub poddanie się mu w przeszłości artykułują mężczyźni między 20 a 30 rokiem życia oraz tacy, którzy nie mają w ogóle dzieci i deklarują, że nie chcą ich mieć. Dla przedstawicieli tej ostatniej grupy wazetkomia ma być gwarancją tego, że przy okazji niezobowiązującego spółkowania płciowego nie zostaną oni narażeni na spłodzenie potomstwa, co pozwali na pozbycie się obaw związanych z pojawieniem się obowiązku alimentacyjnego w przyszłości.

Nie brakuje jednak wpisów przeciwników wazektomii. Najczęściej pojawia się opinia o tym, że wraz z zabiegiem odbierana jest pacjentowi „część jego męskości". Widoczna jest również obawa przed ingerencją lekarza w integralność ciała pacjenta – strach przed zabiegiem jako inwazyjną procedurą medyczną wywodzący się z przeświadczenia, że interwencja lekarza powinna mieć miejsce wyłącznie w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia, zaś w innych sytuacjach ma być uznawana za niepotrzebnie ryzykowną.

Internauci wymieniają się opiniami na temat zabiegu męskiej sterylizacji nie tylko na tradycyjnych forach internetowych. Na portalu społecznościowym Facebook powstała specjalna grupa o nazwie „Wazektomia – przed i po", do której należy blisko 4,2 tys. użytkowników[491]. Nowe posty publikowane są w niej regularnie mniej więcej co kilka dni. Głównymi tematami wpisów jest wymienianie się opiniami na temat lekarzy, u których pacjenci poddali się temu zabiegowi lub u których rozważają jego wykonanie. Równie często zdarzają się pytania o radzenie sobie z niedogodnościami po zabiegu lub o to, jak właściwie się do niego przygotować.

[491] Stan na 12.03.2024 roku

Na wspomnianej grupie można odnaleźć wpisy, gdzie internauci pytają innych członków grupy o to, w jakim wieku poddali się zabiegowi sterylizacji oraz czy mieli wtedy dzieci. Takie pytanie powraca co jakiś czas i nie jest podpięte wyłącznie w jednym wątku. Najmłodszy pacjent deklarujący, że jest po wazektomii miał mieć 21 lat, zaś najstarszy 50. Przeglądając odpowiedzi internautów można zauważyć, że większość deklaruje, że poddało się zabiegowi między 27 a 35 rokiem życia. Zwracając uwagę na deklarowaną liczbę dzieci można zauważyć, że zabiegowi poddają się najczęściej mężczyźni posiadający dwoje lub troje dzieci.

Wiek pacjentów poddających się temu zabiegowi jest niewątpliwie ciekawą sprawą, choćby z uwagi na fakt, że ustawodawstwo niektórych państw zezwala na poddanie się temu zabiegowi po osiągnieciu wymaganego wieku. W Polsce brak jest regulacji prawnych dotyczących tej problematyki, a mimo to można znaleźć wpisy internautów relacjonujące, jakoby lekarz miał im odmówić poddania się takiemu zabiegowi ze względu na młody wiek.

W jednym z takich wpisów anonimowy członek grupy twierdzi, że ma 27 lat i stałą partnerkę od 7 lat (związek nieformalny), lecz lekarz odmówił mu wykonania takiego zabiegu z uwagi na jego młody wiek. Jednocześnie twierdzi, że już w wieku 18 lat pojawiły się u niego pierwsze przesłanki świadczące o chęci życia bez potomstwa. W poście pyta, czy ktoś jeszcze spotkał się z odmową wykonania zabiegu ze względu na granicę wiekową. Najczęściej występująca odpowiedź dotyczy sugestii zmiany lekarza, a w jednej z nich znajduje się informacja od internautki, że jej partner z powodzeniem poddał się zabiegowi w wieku 25 lat.

W innym poście jeden z internautów spytał pozostałych członków grupy, ile czasu zajęło im podjęcie decyzji o poddaniu się wazektomii. W odpowiedziach wskazywano czas w miesiącach lub latach (m.in. miesiąc, 6 miesięcy czy rok), a część mężczyzn wskazywała, że zdecydowała się na zabieg po narodzinach zaplanowanej ilości dzieci (przeważnie trzech).

Posty dostępne na przedmiotowej grupie założonej na portalu społecznościowym Facebook są doskonałym źródłem wiarygodnych informacji na temat wazektomii, albowiem najczęściej internauci publikują tam wpisy pod imieniem i nazwiskiem oraz udostępniają swój wizerunek w postaci zdjęcia profilowego. Liczba członków grupy oraz opublikowanych w niej postów wskazuje na fakt, że temat ten cieszy się zainteresowaniem wśród polskiego społeczeństwa. Z pewnością nie jest to najpopularniejsza metoda antykoncepcyjna, z uwagi m.in. na fakt inwazyjności interwencji lekarza, jak również jej trwałość. Można jednak

odnaleźć osoby będące entuzjastami tej metody, które mając dostęp do wielu alternatyw, wybrały właśnie ją.

Oprócz ofert gabinetów lekarskich czy forów internetowych, gdzie opiniami wymieniają się potencjalni pacjenci, po wpisaniu w wyszukiwarkę frazy „wazektomia" można znaleźć szereg artykułów medycznych o istocie samego zabiegu. Można tu wskazać np.:

- I. Kurowska, „Wazektomia (podwiązanie nasieniowodów) – na czum polega zabieg i czy ta metoda antykoncepcji dla mężczyzn jest bezpieczna"[492],
- P. Pudełko, „Wazektomia: co to jest i jak przebiega zabieg podwiązania nasieniowodów"[493],
- M. Piasecki, Wazektomia: na czym polega czy jest odwracalna, skutki uczone, skuteczność"[494],
- E. Drelich, „Wazektomia – co to jest i kto może ją zastosować?"[495],
- A. Chojnowska, „Wazektomia – na czym polega i czy jest odwracalna"[496],
- H. Pilonis, M. Wasilonek, „Wazektomia – skuteczność, odwracalność i skutki uboczne zabiegu [WYJAŚNIAMY]".[497]

Jest to jedynie kilka z licznych opracowań dostępnych w internecie. Ich autorami są lekarze specjaliści, farmaceuci oraz inne osoby intersujące się tematyką antykoncepcji. Opublikowane zostały one na stronach o szeroko pojętej tematyce zdrowia. Mnogość dostępnych artykułów na temat wazektomii może świadczyć o dużym zainteresowaniu tematem wśród internautów. Publikacje, o których mowa w przystępny dla przeciętnego internauty sposób tłumaczą istotę zabiegu oraz odpowiadają na najczęstsze wątpliwości, jakie mogą się z wiązać z jego przeprowadzeniem i konsekwencjami.

---

[492] I. Kurowska, *Wazektomia (podwiązanie nasieniowodów) – na czum polega zabieg i czy ta metoda antykoncepcji dla mężczyzn jest bezpieczna*, https://www.aptekaolmed.pl/blog/artykul/wazektomia-podwiazanie-nasieniowodow-na-czym-polega-zabieg-i-czy-ta-metoda-antykoncepcji-dla-mezczyzn-jest-bezpieczna,349.html [dostęp: 20.02.2024].

[493] P. Pudełko, *Wazektomia: co to jest i jak przebiega zabieg podwiązania nasieniowodów*, https://enel.pl/enelzdrowie/planowanie-ciazy/wazektomia-co-to-jest-i-jak-przebiega-zabieg-podwiazania-nasieniowodow [dostęp: 20.02.2024].

[494] M. Piasecki, *Wazektomia: na czym polega czy jest odwracalna, skutki uczone, skuteczność*, https://www.mp.pl/pacjent/urologia/338555,wazektomia-na-czym-polega-czy-jest-odwracalna-skutki-uboczne-skutecznosc, [dostęp:20.02.2024]

[495] E. Drelich, *Wazektomia – co to jest i kto może ją zastosować?,* https://www.nowafarmacja.pl/blog/wazektomia-co-to-jest-i-kto-moze-ja-zastosowac [dostęp: 20.02.2024]

[496] A. Chojnowska, *Wazektomia – na czym polega i czy jest odwracalna*, https://www.e-zikoapteka.pl/artykuly/wazektomia-na-czym-polega-i-czy-jest-odwracalna.html [dostęp: 20.02.2024]

[497] H. Pilonis, M. Wasilonek, *Wazektomia – skuteczność, odwracalność i skutki uboczne zabiegu [WYJAŚNIAMY]*, https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,wazektomia---skutecznosc--odwracalnosc-i-skutki-uboczne-zabiegu,artykul,1677992.html, [dostęp: 20.02.2024].

Temat wazektomii jest opisywany jednak nie tylko na stronach medycznych lub okołomedycznych. Również na portalach skierowanych dla mężczyzn, które na co dzień zdominowane są tematyką sportu, lifestyle'u, biznesu, samorozwoju czy dbania o ciało można znaleźć artykuły o męskiej sterylizacji. Tytułem przykładu należy wskazać np.:

- Wazektomia – wszystko co musisz o niej wiedzieć – w Men Magazine[498]
- „Wazektomia – 99,00% skuteczności"[499] w CKM,
- „Męska antykoncepcja"[500] w Kultura `Mody,
- „Wazektomia – co to za zabieg?"[501] – Męski Magazyn. Magazyn dla prawdziwych mężczyzn.

Tutaj ponownie daje się zauważyć, że stosowanie sterylizacji jako formy antykoncepcji jest tematem stosunkowo popularnym. Sięgają po nią również autorzy zajmujący się na co dzień inną tematyką. Piszą artykuły o wazektomii z nadzieją, że okaże się to temat ciekawy dla męskiego czytelnika.

W trakcie badania nie udało się dotrzeć do gabinetów lekarskich oferujących zabieg sterylizacji dla kobiet. Może to wynikać z przeświadczenia, że jest on w Polsce nielegalny – czego przyczyny opisano we wcześniejszych rozdziałach niniejszej pracy. Zwrócono jednak uwagę, na to że w Internecie dostępne są polskojęzyczne oferty żeńskiej sterylizacji w zagranicznych placówkach medycznych.

Na potrzeby pracy dokonano analizy 10 stron internetowych oferujących w języku polskim możliwość poddania się zabiegowi sterylizacji za granicą. O ile w większości wydawało się, że są to wyłącznie strony wirtualne gabinetów ginekologicznych oferujących zabiegi dla kobiet, to po dogłębnej analizie okazało się, że część z nich oferuje usługi w zakresie pośrednictwa. Usługi pośredników mają kompleksowy charakter, poza samym zabiegiem, zawierają ofertę noclegową oraz dojazd z Polski na teren kliniki i spowrotem. Analizie poddano

[498] Wazektomia – wszystko co musisz o niej wiedzieć, https://menmagazine.pl/uncategorized/wazektomia-wszystko-co-musisz-o-niej-wiedziec/ [dostęp: 20.02.2024]
[499] *Wazektomia – 99.99% stateczności*, https://www.ckm.pl/m/seks/wazektomia-9999-skutecznosci,12928,a.html [dostęp: 20.02.2024]
[500] Męska antykoncepcja, https://www.kulturamody.pl/2023/09/21/meska-antykoncepcja/ [dostęp:20.02.2024].
[501] Wazektomia – co to za zabieg?, https://meskimagazyn.pl/wazektomia-co-to-za-zabieg/ [dostęp: 20.02.2024].

pięć ofert poddania się sterylizacji w Czechach[502], trzy na terenie Słowacji[503] oraz dwie w Republice Federalnej Niemiec[504].

W publicystyce trend wyjazdów do innego państwa celem poddania się zabiegowi ubezpłodnienia bywa nazywany „turystyką sterylizacyjną". Za cel takiej podróży Polki obierają najczęściej kraje ościenne, w których zabieg ten jest legalny. Jest to sytuacja bardzo zbliżona do turystyki aborcyjnej, polegającej na podróżowaniu do innych państw w celu dokonania terminacji ciąży.

Koszty jakie wiążą się z poddaniem się sterylizacji przez kobietę za granicą różnią się od siebie w zależności od kraju i kliniki. W Czechach koszt takiej operacji to ok. 3 700-8200 zł, na Słowacji ok. 2500 zł, zaś w Niemczech 2800-3200 zł[505]. Często cena ta nie obejmuje kosztów dodatkowych, takich jak: zakwaterowanie oraz dojazd na teren placówki. Można zauważyć, że podane sumy są wyższe od ceny jaką trzeba zapłacić za wazektomię w Polsce. Możliwość wykonywania sterylizacji kobiet w naszym kraju z pewnością obniżyłaby koszty, jakie musi ponieść kobieta korzystająca z „turystyki sterylizacyjnej". Prawdopodobnie jednak zabieg ten byłby wciąż droższy od sterylizacji mężczyzn m.in. z uwagi na konieczność przeprowadzenia go w znieczuleniu ogólnym.

W analizowanej ofercie gabinetów lekarskich znajdują się również inne zabiegi ginekologiczne, takie jak prowadzenie ciąży, poród przez cesarskie cięcie czy terminacja ciąży. W części przypadków widnieje informacja, że istnieje możliwość wykonania sterylizacji także przy okazji innego zabiegu, co ma skutkować niższą ceną. Jedną ze zbadanych ofert jest anons gabinetu ginekologicznego prowadzonego przez dr. Janusza Rudzińskiego - polskiego lekarza pracującego w Niemczech. Jego klinika znajduje się w Prenzlau - małym miasteczku oddalonym ok. 60 km od Szczecina. Lekarz w wywiadzie dla tygodnika Polityka komentuje, że rocznie w jego placówce sterylizacji poddaje się ponad 100 kobiet z Polski[506]. Wszystkie

[502] https://www.czechy-aborcja.pl/, https://aborcja-czechy-klinika-ginekologiczna.webflow.io/, https://klinikacentrum.eu/cennik/, https://klinikacentrum.eu/kontakt/, https://www.gynmeda.com/laparoskopia-w-czeskiej [dostęp: 20.02.2024]..

[503] https://www.mediklinik.sk/pl/sekcja/32-ginekologia-sterylizacja-kobiet, https://sterylizacjakobiet.sk/?gclid=CjwKCAiA29auBhBxEiwAnKcSquFr_BvpfjhbyJ7A4g1imQ9Ru1d2YQO8yJcCTzU-n7o5rwQpG4FrKxoC6sYQAvD_BwE, https://www.giniklinik.sk/sluzby-kliniky/sterylizacja-kobiet.

[504] https://www.ginekologia-schwedt.pl/, http://jrudzinski.com/page/index.php/pl/ [dostęp: 20.02.2024].

[505] Ceny podane w euro zostały przeliczone zgodnie z kursem NBP z dnia 21.02 w zaokrągleniu do 4,32.

[506] A. Szczerbiak, *Polki wyjeżdżają z kraju, by poddać się sterylizacji*, https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1768232,1,polki-wyjezdzaja-z-kraju-by-poddac-sie-sterylizacji.read [dostęp: 21.02.2024].

gabinety wzięte pod uwagę w badaniu podkreślają, że pracuje w nich personel porozumiewający się w języku polskim.

W internecie można znaleźć artykuły prasowe napisane przez dziennikarzy, którzy dotarli do kobiet korzystających z usług zagranicznych placówek. W jednym z nich pacjentka mówi o tym, że w klinice, z której korzystała było dużo pacjentek z Polski. Jak dodaje, Polki jadą do placówek za granicą, gdzie mogą poddać się zabiegom, które w naszym państwie są nielegalne – najczęściej jest to aborcja, rzadziej sterylizacja[507].

Powody, które kierują kobietami chcącymi się poddać temu zabiegowi są zróżnicowane. Jak przekazują dziennikarze, czasem jest to przeświadczenie o tym, że chce się żyć w bezdzietności, a czasem po prostu przyjęcie, iż dotychczasowa liczba potomstwa jest wystarczająca. Bez względu na przyczynę poszukiwania informacji o możliwościach trwałej antykoncepcji, Polki najczęściej w pierwszej kolejności decydują się na pozyskiwanie odpowiedzi na nurtujące je pytania w internecie[508]. Jest to ułatwione, ponieważ strony internetowe placówek oferujących ten zabieg są dostępne w języku polskim. Ponadto rozmowy z konsultantami objaśniającymi najważniejsze kwestie dotyczące samego zabiegu, jak również pomagającymi umówić się na wizytę są także prowadzone po polsku[509].

W innym artykule prasowym lekarz J. Rudziński (ginekolog pracujący w Niemczech, o którym mowa powyżej) twierdzi, że w przeciągu kilku miesięcy od wydania wyroku Trybunału Konstytucyjnego ograniczającego w Polsce możliwość poddania się aborcji z powodu wystąpienia przesłanki embriopatologicznej, zapytania o trwałą formę antykoncepcji w jego klinice znacznie wzrosły. Jak podaje ginekolog, z uwagi na to, że sam nie jest w stanie przeprowadzić wszystkich zabiegów, poleca też pacjentkom inne kliniki. W artykule ukazano również, jak wzrósł trend wyszukiwania informacji o sterylizacji kobiet na przestrzeni kilku miesięcy w jednej z najpopularniejszych wyszukiwarek internetowych[510].

---

[507] H. Szczesiak, Sterylizacja kobiet w Polsce to mit. Prawda o „turystyce sterylizacyjnej", https://kobieta.wp.pl/sterylizacja-kobieca-w-polsce-to-mit-prawda-o-turystyce-sterylizacyjnej-6309363214263937a [dostęp: 28.02.2024].

[508] K. Grzelak, *Turystyka sterylizacyjna to fakt. „Nie chcę mieć dzieci, bo wiem, że nie będę dobrą matką"* https://mamadu.pl/135701,sterylizacja-w-polsce-jest-nielegalna-kobiety-musza-jezdzic-za-granice, [dostęp: 28.02.2024].

[509] K. Opolska, *„W Polsce nie będę ryzykować". Dlaczego Polki decydują się na sterylizację,* https://kobieta.onet.pl/wiadomosci/w-polsce-nie-bede-ryzykowac-dlaczego-polki-decyduja-sie-na-sterylizacje/cs9q54b [dostęp 28.02.2024].

[510] K. Nowak, *Jeżdżą do Czech i na Słowację na zabieg sterylziacji. „U nas nie wolno", „Zapotrzebowanie wyraźnie wzrosło"*, https://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/7,114883,26795376,jezdza-do-czech-i-na-slowacje-na-zabieg-sterylizacji-u-nas.html [dostęp: 28.02.2024].

Kamila Ferenc (prawniczka oraz wicedyrektorka Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny[511]) przyznaje, że często kobiety dzwonią do organizacji z pytaniem, gdzie mogą poddać się sterylizacji. Prawniczka wskazała, że nie posiada żadnych informacji o klinikach w Polsce, w których kobiety mogą poddać się temu zabiegowi, dlatego też poleca poszukującym miejsca, w których można wykonać taki zabieg, wyjazd za granicę – najczęściej do Niemiec, Czech czy Słowacji[512].

Jak wspomniano wyżej, zdarza się, że Polki wyjeżdżają na taki zabieg również do innych państw niż wymienia K. Ferenc. Dziennikarze dotarli do Polki, która w wieku 26 lat poddała się mu w Wielkiej Brytanii. W Zjednoczonym Królestwie pracował jej partner życiowy, dlatego postanowiła wybrać właśnie to państwo. Jak relacjonuje, za zabieg nie zapłaciła, ponieważ został wykonany w ramach NHS (ang. *National Health Service*), brytyjskiego odpowiednika NFZ[513].

Przeszukując internet, kobiety z łatwością mogą natknąć się na strony medyczne wyjaśniające, czym jest sterylizacja żeńska, jakie są jej metody oraz możliwe powikłania. Oto kilka z artykułów:

- „Sterylizacja chirurgiczna u kobiet i mężczyzn – na czym polega?”[514],
- A. Kapuśniak, „Podwiązanie jajowodów – wskazania, metody wykonywania, powikłania”[515],
- M. Szafarowska, „Podwiązanie jajowodów – na czym polega, wskazania, przeciwskazania, skutki uboczne”[516],
- K. Pilawska-Mazurek, „Podwiązanie jajowodów – na czym polega? Czy w Polsce to legalne?”[517],

[511] Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny FEDERA funkcjonuje od 1991 roku Jej misją jest działanie na rzecz praw człowieka, a w szczególności praw kobiet związanych z podejmowaniem decyzji o macierzyństwie.
[512] M. Święchowicz, Podwiązanie. *Polki, które nie chcą dzieci, sterylizują się w klinikach za granicą. „Przyjeżdzają coraz młodsze”. „Są niesamowicie zdeterminowane”,* https://www.newsweek.pl/polska/spoleczenstwo/sterylizacja-i-wazektomia-gdzie-dokonac-sterylizacji-jesli-w-polsce-to-tylko-w/5cckbdl [dostęp: 28.02.2024].
[513] Ibidem.
[514] *Sterylizacja chirurgiczna u kobiet i mężczyzn – na czym polega?,* https://www.heydoc.pl/sterylizacja-chirurgiczna-u-kobiet-i-mezczyzn-na-czym-polega/ [dostęp: 24.02.2024].
[515] A. Kapuśniak, *Podwiązanie jajowodów – wskazania, metody wykonywania, powikłania*, https://wylecz.to/antykoncepcja/podwiazanie-jajowodow/ [dostęp: 21.02.2024].
[516] M. Szafarowska, Podwiązanie jajowodów – na czym polega, wskazania, przeciwskazania, skutki uboczne, https://portal.abczdrowie.pl/ktore-kobiety-moga-sie-poddac-zabiegowi-podwiazania-jajowodow [dostęp: 21.02.2024].
[517] K. Pilawska-Mazurek, *Podwiązanie jajowodów – na czym polega? Czy w Polsce to legalne*?, https://www.hellozdrowie.pl/podwiazanie-jajowodow-na-czym-polega-zabieg-chirurgicznej-sterylizacji-i-jakie-sa-jego-skutki/ [dostęp: 21.02.2024].

- M. Chruścińska, „Podwiązanie jajowodów – czy ta metoda antykoncepcji jest nieodwracalna?”[518].

Przywołano zaledwie kilka artykułów o medycznych aspektach zabiegu ubezpłodnienia. Internauta z łatwością może dowiedzieć się z nich, na czym polega zabieg, jak wygląda powrót do zdrowia po jego wykonaniu, jakie mogą być jego skutki uboczne oraz jaką skutecznością się odznacza.

Choć wskazane publikacje skupiają się na różnych aspektach zabiegu sterylizacji, we wszystkich z nich można znaleźć informację, o tym że w Polsce nie można mu się legalnie poddać. Wzmianka o nielegalności zabiegu jest ciekawa z uwagi na fakt, że część z tych tekstów jest autorstwa lekarzy lub była konsultowana z lekarzami. Może to wskazywać, że również medycy są przekonani, o tym że sterylizacja żeńska w aktualnym stanie prawnym jest zakazana. Przywołane publikacje stanowią jedynie niewielki wycinek dostępnych w sieci materiałów. Pozwala to jednak przyjąć, że internauci są szeroko zainteresowani tą tematyką.

Z punktu widzenia prowadzonych badań na uwagę zasługuje szczególnie jeden z blogów – bezdzietnik.pl prowadzony przez Edytę Brodę[519]. Podtytuł bloga to „szczerze o życiu bez dzieci”. Na stronie znajdziemy wiele artykułów na temat bezdzietności – o tym co zrobić, gdy jeden z partnerów chce posiadać potomstwo a drugi nie, o tym czy zwierzę domowe jest substytutem latorośli, czy też szeroko o tym, z jakimi problemami zmagają się bezdzietni z wyboru. Autorka strony stworzyła również mapę ginekologów „*childfree-friendly*”, którzy są „przyjaźni i życzliwi bezdzietnicom”.

Na wspomnianym blogu znajduje się oddzielna zakładka zatytułowana „sterylizacja antykoncepcyjna”. Można znaleźć tam informacje, o tym że sterylizacja dobrowolna jest w Polsce niedostępna, lecz autorka bloga z pomocą internautów tworzy mapę klinik, w których można w Europie skorzystać z tego zabiegu. W opisywanej zakładce znajdziemy również historie kobiet, które skorzystały z tej formy antykoncepcji oraz liczne pytania i odpowiedzi dotyczące sterylizacji. Na stronie umieszczono także tekst pt. „Dlaczego sterylizację antykoncepcyjną należy uznać za zgodną z prawem?”[520], gdzie przytaczane są argumenty

[518] M. Chruścińska, *Podwiązanie jajowodów – czy ta metod antykoncepcji jest nieodwracalna?,* https://dimedic.eu/pl/wiedza/podwiazanie-jajowodow-czy-ta-metoda-antykoncepcyjna-jest-nieodwracalna [dostęp: 21.02.2024].
[519] Blog bezdzietnik, https://www.bezdzietnik.pl/ [dostęp: 30.03.2024].
[520] Chwałka Niematka, *Dlaczego sterylizację antykoncepcyjną należy uznać za zgodną z prawem?,* https://www.bezdzietnik.pl/blog/2020/12/10/dlaczego-sterylizacje-antykoncepcyjna-nalezy-uznac-za-zgodna-z-prawem/ [dostęp: 30.03.2024].

przestawione w rozprawie doktorskiej S. Many-Walasek za tym, aby w świetle obowiązującego w Polsce prawa uznać sterylizację za legalną.

Na forum internetowym forumginekologiczne.pl po wpisaniu frazy „podwiązanie jajowodów" otrzymamy 666 postów, zaś do zwrotu „sterylizacja kobiet" wyników jest 153[521]. Wyniki wyszukiwania przeanalizowano pod kątem tego, jakie kobiety chciałyby się poddać sterylizacji lub też już są po takim zabiegu.

W przeważającej części o możliwość poddania się zabiegowi sterylizacji pytały kobiety posiadające już dzieci. Z relacji internautek wynika, że po urodzeniu kolejnego dziecka zastanawiają się one nad antykoncepcją metodą sterylizacji i kierują do innych użytkowników forum pytanie, gdzie można poddać się temu zabiegowi. Często otrzymywaną odpowiedzią jest stwierdzenie, że w Polsce ten zabieg może zostać wykonany jedynie ze wskazań medycznych. Tak przekazywana opinia jest na tym forum na tyle powszechna, że można stwierdzić, że użytkownicy interesowali się tym, jakie jest przeważające twierdzenie i opinia o legalnym statusie tej formy antykoncepcyjnej. Padają również prawidłowe wyliczenia w jakich przypadkach lekarz może przeprowadzić ten zabieg ze względów medycznych.

W jednym z wpisów internautka relacjonuje, że przeszła trzy porody przez cesarskie cięcie, a podczas ostatniego z nich lekarz zasugerował jej poddanie się sterylizacji. Jak pisze kobieta, według opinii lekarza kolejna ciąża mogłaby wiązać się z pęknięciem macicy i zagrożeniem jej zdrowia. Jest to jedynie jeden z przypadków, gdy faktycznie istnieje medyczne wskazanie do wykonania tego zabiegu. Lekarz mógłby podjąć się wykonania sterylizacji ze względów terapeutycznych, bowiem wykonanie tego zabiegu wiąże się ze staraniem o zachowanie zdrowia pacjentki.

Część internautek nie posiada informacji o tym, by kwalifikowały się do sterylizacji wykonywanej ze względów terapeutycznych, stąd też szuka innego rozwiązania. Zdecydowanie najczęstszej przytaczanym powodem zainteresowania tą formą antykoncepcji jest doświadczenie negatywnych skutków związanych ze stosowaniem dotychczasowych metod zapobiegania ciąży.

Ciekawy, pod względem analizy powodów, którymi kierują się kobiety chcące poddać się sterylizacji jest wpis 25-latki. Kobieta zaznacza w nim, że nie ma i nie chce mieć dzieci w przyszłości. Skarży się ona na negatywne skutki stosowania tabletek antykoncepcyjnych,

[521] Stan na 22.02.2024 roku

wśród których wymienia: wzrost wagi, spadek *libido*, ból nóg i rąk oraz migreny. Następnie relacjonuje, że po próbie zmiany metody zapobiegania ciąży na plastry antykoncepcyjne również doświadczyła negatywnych skutków w postaci biegunek, krwawienia, mdłości oraz bólów głowy. Ponadto skarży się, że nie może używać spirali antykoncepcyjnej z powodu anemii, zaś prezerwatywy oraz naturalne metody zapobiegania ciąży uważa za mało skuteczne.

Przedstawiona sytuacja obrazuje, że niekiedy problemy zdrowotne znacznie ograniczają wybór metody antykoncepcyjnej. Możliwe, że dopiero po poddaniu się sterylizacji mogłaby nie obawiać się ciąży bez jednoczesnego ponoszenia negatywnych skutków stosowania antykoncepcji hormonalnej. Jest to jednak tylko przypuszczenie. Wpis jest bowiem anonimowy i nie zawiera wystarczająco dużo szczegółowych informacji, aby stwierdzić to bez wątpliwości.

Część użytkowników forum wyraża swój negatywny stosunek do sterylizacji. Twierdzą oni, że naturalną funkcją kobiecego ciała jest płodność, a poddanie się takiemu zabiegowi jest „okaleczaniem się". Ponadto regularnie pada argument o braku odwracalności zabiegu w obliczu możliwej zmiany zdania na temat chęci posiadania dzieci. Podkreślano fakt, że rodzicielstwo może być najwspanialszym doświadczeniem życia kobiety, albowiem rodzina stanowi najwyższą wartość. Powtarzały się również argumenty związane z postrzeganiem dziecka jako daru od Boga, a sterylizacja miała oznaczać „sprzeciwienie się planom Boga". Z wpisów tych ukazuje się obraz pewnego rodzaju presji wywieranej na kobiety, których najważniejszą rolą społeczną ma być właśnie macierzyństwo.

W innym z wpisów internautka relacjonuje jakoby miała się poddać zabiegowi sterylizacji w wieku 24 lat po urodzeniu drugiego dziecka. Powodem wyboru rej formy antykoncepcji miały być problemy z nerkami, przez co następna ciąża mogłaby zagrażać jej zdrowiu. Użytkowniczka forum pisze, że po 12 latach od zabiegu odczuwa poważne negatywne następstwa w postaci bólów głowy, zawrotów głowy, depresji, skrzepów krwi podczas miesiączkowania, silnych bóli miesiączkowych, bólów piersi, bólu podczas stosunku oraz obniżonego *libido*. Tym samym kobieta stanowczo odradza innym tę formę antykoncepcji. Jednocześnie w poście autorka odwołuje się do nauki kościoła katolickiego oraz nienaruszalności integralności ciała kobiety.

Kobiety deklarujące na forum, że chcą się poddać sterylizacji znajdowały się najczęściej między 30. a 40. rokiem życia. Częściej niż wiek podawano jednak liczbę posiadanych dzieci, a ta wahała się od 3 do 5. Można zauważyć, że przeważająca większość kobiet rzekomo chcących poddać się zabiegowi sterylizacji, wybiera tę formę antykoncepcji,

jeżeli posiada już kilkoro dzieci. Są to kobiety żyjące przeważnie w stałych związkach i chcące poddać się temu zabiegowi, z uwagi na rezygnację z dalszego powiększania rodziny i chęć uniknięcia negatywnych skutków używania innych metod antykoncepcyjnych.

Na innym forum, poświęconym nie typowo tematyce ginekologicznej – forum.gazeta.pl po wpisaniu frazy „sterylizacja kobiet" otrzymamy 5 129 wyników zaś przy frazie „podwiązanie jajowód" otrzymamy 136 wyników[522]. Najnowszy wpis dotyczący tego tematu pochodził z 3 lutego 2024 r., zaś najstarszy 25 lutego 2017 roku Między jednym a drugim minęło 2534 dni, co daje średnio w tym okresie ponad dwa wpisy na dzień. Ilość zamieszczonych wpisów może świadczyć o tym, że temat sterylizacji kobiet jest relatywnie popularny i wciąż aktualny.

Na objętych analizą forach, kobiety dyskutowały również o tym, w jakim państwie sterylizacja jest legalna i gdzie najlepiej się wybrać, aby poddać się temu zabiegowi.

Najczęściej wskazywanym kierunkiem przez internautki były Czechy, Słowacja, Niemcy, Austria. Zdecydowanie rzadziej podawano Holandię, Irlandię, Wielką Brytanię czy Stany Zjednoczone. Decyzja o poddaniu się zabiegowi sterylizacji na terenie tych państw wynikała raczej z tego, że dane osoby prowadziły swoją aktywność życiową na ich obszarze, nie zaś obrały ten kierunek w ramach turystyki sterylizacyjnej.

§ 3. Charakterystyka sterylizacji w Polsce w świetle wyników wywiadów

Podczas przeprowadzania badania typu *desk research* udało się nawiązać kontakt z dwiema osobami, które poddały się zabiegowi sterylizacji. Jedną z nich był mężczyzna w wieku 36 lat, od 3 lat żyjący w związku małżeńskim. Deklarował, że wraz z żoną nie mają dzieci, co jest następstwem ich wspólnej decyzji. Mężczyzna poddał się zabiegowi w wieku 34 lat (rok po ślubie).

Z małżonką poznali się na studiach. Temat dzieci, a w zasadzie planów na bezdzietność, wypłynął jeszcze przed ślubem. Co więcej mężczyzna twierdzi, że fakt, że oboje nie chcą mieć potomstwa zbliżył ich do siebie i pomógł podjąć decyzję o zawarciu małżeństwa i podpisania wspólnej umowy kredytu hipotecznego na zakup mieszkania. Respondent twierdził, że rozmowa o dzieciach była z początku trudna, ponieważ oboje bali się, jak zareaguje partner.

[522] Stan na 22.02.2024 roku

Wspólna dyskusja ujawniła jednak, że podobnie patrzą na tę kwestię. Ten fakt, jak twierdził rozmówca, uczynił ich związek silniejszym.

Mężczyzna o możliwości podania się zabiegowi dowiedział się od kolegi z pracy. Przywołany przyjaciel był lekko starszym od niego mężczyzną, który zdecydował się na wazektomię mając już dwójkę dzieci. Pomysł poddania się sterylizacji wydał się rozmówcy interesujący, a entuzjazm podzielała również jego żona. Uznali zabieg za atrakcyjną dla nich metodę antykoncepcyjną, ponieważ byli przekonani o tym, że nie chcą mieć w przyszłości potomstwa, a wazektomia może pomóc w pozbyciu się negatywnych skutków stosowania antykoncepcji doustnej u kobiety.

Respondentowi trudno było określić jakie są przyczyny podjęcia przez niego decyzji o bezdzietności. Mówiąc o tym często powtarzał frazę, że rodzicielstwo mogłoby przeszkadzać w jego dotychczasowym stylu życia. Dopytany, w czym konkretnie tkwi problem, nie potrafił jednak dokładnie wskazać, aczkolwiek zaprzeczał, aby powody decyzji miały podłoże finansowe. Jak twierdził oboje z żoną godnie zarabiają i nie obawialiby się, że utrzymanie dziecka mogłoby obniżyć poziom materialny ich życia. Jednocześnie zaprzeczał, że bałby się odpowiedzialności za drugiego człowieka. Podkreślał, że wzajemnie z żoną się wspierają i mogą na sobie polegać – co często miało być już przetestowane w kryzysowych sytuacjach.

Wspominał, że jego żona nigdy nie chciała mieć dzieci i on podobnie. Po prostu nigdy nie pojawiło się u nich takie pragnienie, czy też wizja siebie w roli rodzica. Jak twierdził, „nie każdy chłopiec chce zostać strażakiem i nie ma w tym nic złego". Rolę rodzica postrzega jako jedną z wielu ról społecznych i zauważa, że nie każdy musi być predestynowany do odnalezienia się w niej. Jednocześnie zauważa, że trudno jest być dobrym rodzicem. „Wiele osób ma dzieci, a nie nadaje się na rodziców, przez co tylko je krzywdzi" – twierdzi.

O rodzicielstwie mówił bardzo spokojnie i z pewnego rodzaju dystansem. Trudno wywnioskować, czy jest to spowodowane faktem, że chęć posiadania potomstwa jest mu obca, czy też po prostu już wielokrotnie podczas spotkań towarzyskich były mu zadawane pytania podobne do tych podczas wywiadu. Zdawał się mieć wszystkie odpowiedzi bardzo przemyślane. Zauważa, że temat wazektomii nie jest tematem tabu wśród jego znajomych. Przypomina, że on sam dowiedział się o tej metodzie od kolegi z pracy. Śmiał się, że po poddaniu się zabiegowi bał się początkowo żartów o kastracji i „odcinaniu jąder", lecz grupa jego przyjaciół przyjęła ten fakt neutralnie i z pewnego rodzaju obojętnością.

O ile w grupie znajomych temat ten nie wzbudził kontrowersji i nie stanowi żadnej tajemnicy, o tyle w gronie rodzinnym podzielił się on tym faktem jedynie z bratem. Tłumaczy, że uznaje poddanie się zabiegowi za informację na tyle intymną, że sam może decydować o tym, z kim się nią podzieli. Nie uznaje za istotne poinformowania o tym swoich rodziców – twierdzi, że ma z nimi poprawny kontakt, lecz powinna im wystarczyć informacja o tym, że nie planuje mieć potomstwa. Fakt jakiej metody antykoncepcyjnej używa jest jego wyborem – wspomina, że wcześniej nie mówił rodzinie, że używa prezerwatyw, więc też teraz nie widzi konieczności mówienia o wazektomii.

Spytany, o to jak sytuacja wygląda w przypadku jego żony, nie potrafił udzielić pewnej odpowiedzi. Nie posiadał informacji na temat tego, czy rodzina żony wie o tym, że poddał się zabiegowi. Uważał to za nieistotne – jawnie bowiem przed członkami obu rodzin twierdzą, że ani teraz ani w przyszłości nie chcą mieć dzieci.

Temat bezdzietności wydaje się być drażliwą kwestią dla rodziców respondenta. Opowiadał on, że początkowo był on powodem wielu sprzeczek, a rodzice czuli się winni z tego powodu – jakby to ich zachowanie wpłynęło na decyzję syna o bezdzietności. Mężczyzna jednak zaprzeczał temu. Jego zdaniem sposób wychowania nie miał wpływu na jego decyzję. Zauważa jednocześnie, że ma inny pogląd na temat funkcjonowania i kształtu rodziny, niż wpajano mu w latach dziecinnych. Wspominał, że jego rodzice dość wcześnie wzięli ślub, a niedługo później przyszło na świat ich pierwsze dziecko. Później całe życie rodziców, a szczególnie matki, było podporządkowane „dbaniu o domowe ognisko".

Respondent wyjaśniał, że rodzina jest dla niego ważną wartością, lecz postrzega ją inaczej niż jego rodzice. Ważniejsze dla niego od więzów krwi są faktyczne relacje emocjonalne. Tłumacząc to, w praktyce zwracał uwagę na zmieniający się krąg osób, z którymi spotyka się w święta Bożego Narodzenia. O ile, gdy był dzieckiem, wigilijna kolacja była uroczystością spędzaną w gronie dużej rodziny, później sytuacja stopniowo ulegała zmianom. Rodzeństwo rodziców zaczęło spędzać święta osobno, a przy świątecznym stole pojawiały się również osoby niespokrewnione, jak np. bliska przyjaciółka jego siostry ze szkoły. Zauważa, że była to osoba niespokrewniona, lecz na tyle bliska, że w jego mniemaniu można zaliczyć ją do grona rodziny.

Sposób patrzenia na funkcje rodziny sprawiła, że nie zależało mu na szybkim stworzeniu trwałej relacji z partnerką. Dopiero po studiach zauważył, że jego potrzeby się zmieniają i zapragnął stabilnego związku. Trwała relacja romantyczna nie jest jednak według

rozmówcy równoznaczna z małżeństwem. Nie widzi niczego złego w nieformalnych związkach i jak przekonuje, gdyby nie formalności związane z kredytem hipotecznym możliwe, że też nie zdecydowałby się z żoną na zawarcie związku małżeńskiego.

Zmiana postrzegania roli rodziny może mieć wpływ na podjęcie decyzji o bezdzietności. Przykładowo, w Kościele katolickim małżeństwo rozumiane jako związek kobiety i mężczyzny przypieczętowany przed Bogiem, jest jedyną akceptowalną formą trwałych relacji romantycznych, a jej zwieńczeniem ma być posiadanie potomstwa. Związek dwojga ludzi jest niejako w tym przypadku nakierowany na prokreację. Odejście od tego tradycyjnego modelu rodziny może rzutować również na rezygnację z posiadania potomstwa jako nadrzędnego celu wiązania się z drugą osobą.

Wprawdzie respondent nie uczestniczy w praktykach religijnych, lecz zaprzecza jakoby miało mieć to wpływ na jego decyzję, czy to o bezdzietności, czy o poddaniu się sterylizacji. Podobne zdanie ma także na temat korelacji poglądów politycznych z rezygnacją z posiadania dzieci. Swoje przekonania określa mianem centrowych i nie widzi związku między poglądami politycznymi a podejmowanymi przez siebie decyzjami.

Wielokrotnie odradza się sterylizację osobom, które nie są pewne swojej decyzji. Zdecydowanych przestrzega się natomiast przed tym, że z czasem ich spojrzenie na tę kwestię może ulec zmianie. Rozmówca zaznacza, że jest przekonany o definitywności podjętej przez siebie decyzji, lecz jest świadomy możliwych alternatyw. Nie rozmawiał o tej kwestii z żoną, lecz jak twierdzi on sam byłby w stanie adoptować dziecko. Przypomina, że wcześniej już tłumaczył, że nie więzy krwi, lecz faktyczna relacja ma dla niego większe znaczenie. Ponadto skutki wazektomii można odwrócić innym zabiegiem chirurgicznym. Co prawda jego cena jest wysoka, lecz nie nieosiągalna. Rozmówca porównuje to do operacji z zakresu medycyny estetycznej, za które ludzie płacą wysokie sumy. Jak twierdzi - jeżeli ludzie są w stanie odłożyć znaczące kwoty na operacje plastyczne, to będą też mogli zapłacić za rewazektomię.

Respondent sprawiał wrażenie przekonanego o swoich podglądach i dawał odczuć, że zracjonalizował tę kwestię. Zapytany o to, czy właśnie takimi dylematami zajmował się przed podjęciem decyzji o sterylizacji odpowiedział, że podczas pierwszej wizyty u lekarza musiał wypełnić odpowiedni kwestionariusz. Wspomina, że był pytany o status związku, jak długo on trwa, czy ma już potomstwo i wiele innych kwestii. Jedna z nich dotyczyła właśnie gotowości na adopcję. Inne pytania dotyczyły z kolei wcześniej stosowanych metod antykoncepcyjnych.

Rozmówca relacjonuje, że wypełniał taką ankietę, lecz nie jest do końca pewny, jaki wpływ odpowiedzi miały na kwalifikację przez lekarza do poddania się zabiegowi wazektomii.

Podczas pierwszej wizyty lekarz miał dokładnie wytłumaczyć pacjentowi na czym polega zabieg, jaki będzie jego przebieg, jaka jest jego skuteczność, możliwe powikłania czy też jak kształtują się szanse na odwrócenie jego skutków. Przed zabiegiem konieczne było przeprowadzenie podstawowych badań, takich jak morfologia oraz badanie krzepliwości krwi. Mniej więcej po półtora miesiąca od pierwszej wizyty odbył się zabieg. Respondent nie pamięta dokładnie, ile trwał, ale wspomniał, że bardzo szybko – „krócej od wizyty u dentysty". Po wykonaniu zabiegu odwiedził jeszcze gabinet lekarza dwukrotnie, w celu przeprowadzenia kontroli.

Jak wspomina nie miał żadnych powikłań pozabiegowych. Jedyne co pamięta to lekki ból w okolicy jąder towarzyszący mu przez kilka dni po zabiegu. Stosunki seksualne bez stosowania dotychczasowych metod antykoncepcji zaczęły się dopiero po ponad 2. miesiącach po sterylizacji. Było to spowodowane faktem, że po takim czasie dopiero respondent wykonał badanie nasienia. Spytany o poziom satysfakcji seksualnej odpowiadał, że u siebie nie zauważył większej różnicy. Jednak pozytywna zmiana miała być odczuwalna u jego partnerki. Wprawdzie przed zabiegiem nieczęsto zdarzało się, że rezygnowali ze współżycia z powodu braku dostępnych w danym momencie form antykoncepcji, lecz teraz nie musieli zwracać już na to w ogóle uwagi. Mężczyzna podkreślał, że cieszy go odstawienie doustnej antykoncepcji przez jego żonę i brak skutków ubocznych, które wcześniej występowały przy używaniu tej metody.

Od zabiegu do momentu przeprowadzania wywiadu minęło ponad 3 lata. W tym momencie pacjent deklaruje, że nie żałuje tego posunięcia. Jest zadowolony z podjętej przez siebie decyzji i jak twierdzi, ułatwiła ona życie jemu i jego małżonce. Jest przekonany, że w przyszłości jego sytuacja się nie zmieni, ale jeżeli jednak to nastąpi, to zapłacenie wyższej sumy za zabieg rewazektomii nie będzie stanowiło dla niego problemu.

Drugą osobą uczestniczącą w badaniu w formie wywiadu była kobieta w wieku 44 lat. Od 23 lat żyje ona w związku małżeńskim oraz jest matką czwórki dzieci, w wieku aktualnie 20, 16, 13 i 10 lat. Kobieta jest bardzo zadowolona ze swojego życia rodzinnego. Czuje się dumna z bycia żoną i matką. Uważa macierzyństwo za bardzo ważną rolę społeczną i podkreśla, że to właśnie ono wpłynęło na sposób postrzegania przez nią świata. Początkowo wydaje się to

sprzeczne z chęcią poddania się sterylizacji. Spytana o to kobieta szybko jednak rozwiewa wątpliwości.

Jak tłumaczyła, od zawsze wiedziała, że chce mieć dzieci i żałuje, że późno została matką[523]. Dobrze wspomina okresy, w których była ciężarna, jak i całe macierzyństwo. Wielokrotnie podkreśla dumę płynącą z roli matki. Dodała jednak, że inaczej przechodziła ciążę z pierwszym, a inaczej z czwartym dzieckiem. Wspominała, że wiek ma duży wpływ na to jak kobieta znosi ciążę. Przy pierwszym dziecku nie odczuwała większego niż standardowy dyskomfort, co pozwoliło jej przez długi okres ciąży pozostać aktywną zawodowo. Wspomina, że ciąża sprawiła, że „rozkwitała jako kobieta".

Z wiekiem jednak zaczynała bardziej odczuwać nieprzyjemne konsekwencje związane z byciem w ciąży. Szczególnie nasiliło się to przy czwartym dziecku. W ostatnią swoją ciążę zaszła w wieku 33 lat i wspominała, że trudniej było jej funkcjonować w tym stanie. Zmagała się m.in. z silnymi nudnościami, obniżonym nastrojem, bólem piersi oraz znacznymi spadkami energii. Dodatkowo mniej więcej po 30. urodzinach zmagała się z rwą kulszową, a ciąża nasiliła nieprzyjemne dolegliwości. Cierpiała z powodu poważnych bóli kręgosłupa, co wykluczało ją nie tylko z pracy zarobkowej, lecz również z wielu obowiązków domowych. Wspominała, że w tym czasie dużym wsparciem dla niej były starsze już dzieci i bez nich przejście przez ten okres byłoby zdecydowanie trudniejsze.

Respondentka zauważyła, że również sam poród najmłodszego dziecka był dla niej szczególnie trudnym przeżyciem, ponieważ okres ciąży mocno ją osłabił. Uważa również, że inną sprawność w zajmowaniu się małym dzieckiem miała przy pierwszym – gdy miała 24 lat, a inną przy czwartym w wieku już 33 lat. Dużo wolniej dochodziła też do pełnej sprawności funkcjonowania po urodzeniu ostatniego dziecka. Z silnymi bólami kręgosłupa zmagała się jeszcze przez kilka lat.

Temat sterylizacji w jej życiu pojawił się rok po urodzeniu czwartego dziecka. Był to okres, w którym myślała, że ponownie zaszła w ciąże. Pozytywnie odebrała wiadomość, że tym razem to „fałszywy alarm". Ten fakt skłonił ją do rozmyślań na temat ubezpłodnienia. Uświadomiła sobie, że choć macierzyństwo bardzo ją cieszy, to nie chce mieć więcej niż czworo dzieci. Dopowiada, że być może gdyby pierwszy raz została matką w młodszym wieku,

[523] Respondentka pierwsze dziecko urodziła w wieku 24 lat i określenie, że miało to miejsce „późno" jest przytoczeniem jej oceny.

to mogłaby mieć liczniejsze potomstwo. W tamtym momencie jednak czuła, że nie chce jeszcze raz przeżywać ciąży i wszystkich związanych z nią implikacji.

Docenia również fakt, że jej dzieci są samodzielne i nie wymagają opieki 24 godziny na dobę, jak ma to miejsce w przypadku niemowląt. Cieszy się, że powoli całkowicie się usamodzielniają. Z troską wspomina, że narodziny dziecka są czymś szczególnie wyjątkowym dla matki, lecz równie cenne jest patrzenie jak dziecko powoli wchodzi w dorosłość. Kobieta uważa, że kolejne dziecko wiązałoby się z ponownym przechodzeniem przez trudny etap ciąży, a później zajmowania się niemowlęciem, na co nie ma już tyle siły jak wcześniej. Dodaje również, że jej aktualny stan zdrowia nie pozwala na całkowitą sprawność, a kolejna ciąża mogłaby wpłynąć negatywnie na problemy z kręgosłupem.

Kobieta oświadczyła, że na podjęcie decyzji o poddaniu się zabiegowi nie wpłynęły negatywne skutki stosowania innych form antykoncepcji. Wcześniej stosowała najpierw prezerwatywy, później antykoncepcję hormonalną. Wprawdzie po używaniu tabletek antykoncepcyjnych zauważyła u siebie spadek *libido* oraz lekki wzrost masy ciała, lecz jak twierdzi były to skutki uboczne, które zaakceptowała. Po wyjaśnieniu, że nie jest w piątej ciąży kobieta zaczęła szukać informacji w Internecie na temat innych metod antykoncepcyjnych. Zastanawiała się między sterylizacją a spiralą antykoncepcyjną. Obawy przed kolejną ciążą miały nie wpływać znacząco na jej współżycie seksualne z mężem – ani na jakość współżycia, ani jego częstotliwość. Spytana o to uważa, że takie obawy mogą dotyczyć raczej młodszych kobiet, które nie mają jeszcze ustabilizowanej pozycji życiowej i rodzinnej.

Sterylizacja wydała się jej atrakcyjną metodą z dwóch zasadniczych względów, tj. wysokiej skuteczności oraz trwałości tej metody. Oceniła, że wspomniana „trwałość" była dla niej ważnym aspektem. Podejmując decyzję o poddaniu się zabiegowi była zdecydowana, że nie chce mieć już więcej dzieci. Wpływ na definitywną decyzję, o tym, że nie chce już narażać się na ryzyko kolejnej ciąży, miał przede wszystkim jej wiek oraz konsekwencje zdrowotne z tego wynikające.

Respondentka spytana o to, czy nie bała się zmiany decyzji na ten temat w przyszłości, stanowczo zaprzecza. Jak tłumaczy decyzja o sterylizacji nie była nagła, lecz dobrze przemyślana. Czwarta ciąża była dla niej pewnego rodzaju zaskoczeniem, gdyż nie planowała wtedy kolejnego dziecka. Również nie spodziewała się tego, że tak trudny okaże się dla niej okres samej ciąży. Wspomina, że już wtedy zastanawiała się nad tym, czy to nie powinno być

jej ostatnie dziecko. Z dumą patrzyła jak pozostała trójka dorasta, co wciąż daje jej ogromną satysfakcję z macierzyństwa.

Zabiegowi poddała się w jednej z berlińskich klinik. Jej historia jest jednak przykładem osoby korzystającej tzw. „turystyki sterylizacyjnej". Poddała się sterylizacji w Niemczech, ponieważ mieszkała tam z rodziną przez 8 lat. Spytana o to, czy wie coś o zjawisku przyjeżdżania przez Polki do innych państw w celu poddania się sterylizacji antykoncepcyjnej odpowiada, że słyszała o nim. Sama jednak nie zna osobiście żadnej kobiety, która przeżyła taką historię. Podczas pobytu w niemieckiej klinice ginekologicznej również nie natknęła się na żadną pacjentkę z Polski. Wspomniała jednak, że jedna z pielęgniarek była Polką. Rozmówczyni nie wiedziała, czy była ona delegowana do kontaktów z pacjentami pochodzącymi z Polski.

Pierwsza wizyta w klinice obejmowała wywiad dotyczący zdrowia oraz sytuacji rodzinnej kobiety. Pacjentka została poinformowana przez personel o tym, jak będzie przebiegał zabieg oraz jakie mogą być niepożądane skutki, z którymi możliwe, że będzie się zmagała później. Ponadto lekarz poinformował ją, że zabieg sterylizacji jest nieodwracalny. Wspomniał, że istnieje procedura medyczna odwrócenia skutków sterylizacji, lecz określił ją jako „niedającą pewności przywrócenia płodności". Nie miało to jednak dla niej większego znaczenia, ponieważ była przekonana o słuszności swojej decyzji. Wspomniała, że prawdopodobnie jej wiek odgrywał w tym istotną rolę – tłumaczy, że gdyby była młodsza ta cecha nieodwracalności mogłaby zdeterminować postrzeganie zabiegu. Personel gabinetu wręczył jej broszury o różnych środkach antykoncepcyjnych, w tym również o sterylizacji, ich wadach i zaletach. Zlecono i wykonano u niej badania krwi i po kwalifikacji pacjentki do zabiegu znaleziono termin mniej więcej za półtora miesiąca.

Respondentka wspomina wizytę w klinice bez większych emocji – jak stwierdza, była to rutynowa wizyta w tego typu placówce. Czuła się dobrze zaopiekowana przez personel. Gdy przyjechała na zabieg rano, został on przeprowadzony w środku dnia i po przespanej w klinice nocy następnego dnia mogła już wrócić do domu. Nie pamięta większych komplikacji z wybudzenia się po znieczuleniu – jedynie lekkie otumanienie przez kilka godzin. Po zabiegu czuła zmęczenie i odczuwała ból w miejscu interwencji lekarza. Ból w miejscu nacięć utrzymywał się z różnym nasileniem przez prawie dwa miesiące. Dolegliwości uciążliwe były szczególnie rano, po przebudzenia. Pacjentka wspomniała, że przez dwa tygodnie od zabiegu musiała zmieniać opatrunki. Poza tym nie dostrzegła żadnych niepożądanych skutków zabiegu. Ocenia, że nie przysporzył on jej większego dyskomfortu.

Respondentka bardzo docenia rolę męża w całym procesie związanym ze sterylizacją. Jak mówi, był on dla niej dużym wsparciem w procesie podejmowania decyzji. Długo rozmawiali, a małżonek cierpliwie i empatycznie słuchał różnych alternatyw dotyczących metod antykoncepcji. Okazał on duży spokój i wyrozumiałość odnośnie podjętej decyzji. Był również wsparciem podczas samych wizyt w klinice. Towarzyszył pacjentce podczas wizyt w gabinecie lekarskim, co miało duży wpływ na jej samopoczucie psychiczne. Spytana o wazektomię respondentka odpowiada, że nie rozważali oni, aby sterylizacji poddał się mąż. Kobieta tłumaczy, że jako matka i żona czuje odpowiedzialność za tę sferę życia i chciała, aby ewentualne negatywne skutki związane z zabiegiem spadły na nią.

Udając się do ginekologa w Polsce rozmówczyni obawiała się tego, jak lekarz zareaguje na informację o tym, że poddała się sterylizacji. Wiedziała, że zabieg ten jest w Polsce nielegalny i bała się, że lekarz zareaguje niechęcią czy będzie dopytywał o szczegóły. Nic takiego się jednak nie stało – poinformowała ginekologa o tym, że jest po sterylizacji w trakcie wywiadu przed badaniem, a lekarz nie okazał żadnych negatywnych odczuć względem tego faktu.

Od zabiegu minęło około 9 lat i respondentka zdaje się być zadowolona ze swojej decyzji. Nie odczuwa negatywnych skutków zabiegu, a blizny po nacięciach są ledwo widoczne. Wprawdzie w niedługim okresie po sterylizacji miała problem z natrętnymi myślami dotyczącymi tego, czy podjęła słuszną decyzję. Problem ten jednak zniknął z czasem i dziś deklaruje, że decyzja była odpowiednia. Kobieta podkreśla, że jest dumna z bycia matką. Ma wrażenie, że fakt tego, iż nie będzie miała już więcej dzieci pozwala jej jeszcze bardziej docenić macierzyństwo i swoją wyjątkową relację z potomstwem. Uważa, że sterylizacja pomogła jej zamknąć pewien rozdział życia. Bez tego zabiegu myśl o potencjalnej kolejnej ciąży towarzyszyłaby jej jeszcze przez kilka lat. Poddanie się zabiegowi pozwoliło więc na zakończenie tego etapu oraz większe docenienie roli dzieci w swoim życiu.

O skorzystaniu z zabiegu sterylizacji wie wyłącznie jej mąż. Nie dzieliła się ona tą informacją z rodziną ani z przyjaciółmi. Uważa, że jest to intymny element jej życia i nie widzi powodów, aby informować o tym innych, nawet najbliższych. Zauważa, że jest to wyłącznie kwestia jej i jej męża. Poza tym podkreśla, że raczej nikt nie powinien jej o to pytać – nie jest bezdzietna, więc nie spodziewa się pytania o płodność i planowane potomstwo. O sterylizacji również nie wiedzą jej dzieci – mimo, że widzi ich dojrzałość boi się, że decyzja o takiej formie antykoncepcji mogłaby zostać źle odczytana.

Spytana o to, czy sterylizacja wpłynęła na jakość jej życia seksualnego uważa, że ją poprawiła. Dodała, że kluczowe znaczenie w tej materii miał aspekt psychologiczny powodujący pozbycie się strachu przed niechcianą ciążą. Oceniła, że względy psychiczne miały w jej w przypadku większy wpływ na jakość współżycia niż odczucia fizyczne związane z brakiem stosowanie innych form antykoncepcji.

Z metodycznego punktu widzenia wydaje się zasadne, aby wspomnieć, że respondentka miała obawy przed wywiadem. Jak przyznała bała się oceniania i twierdziła, że nie do końca rozumie, dlaczego ta rozmowa jest przeprowadzana. Wszelkie wątpliwości dotyczące badania oraz jego etyki i celowości zostały respondentce wyjaśnione na początku spotkania. Mimo, że wstępnie rozmowa zdawała się być trudna dla kobiety, po krótkim czasie rozluźniła się i spokojnie opowiadała o swoich przeżyciach.

§ 4. Wnioski z badań

Badania, których wyniki zaprezentowane są w niniejszym rozdziale pozwoliły na zgłębienie wiedzy o postawionych głównych problemach badawczych. W kontekście **problemu badawczego nr 1** i **hipotezy badawczej nr 1** należy stwierdzić, że postawiona hipoteza została potwierdzona. Wnioski w tym obszarze przedstawione są poprzez odpowiedzi na pytania szczegółowe zadane do problemu badawczego nr 1.

Problem szczegółowy nr 1.1: w jakich treściach internetowych poruszany jest temat sterylizacji?

W trakcie badań zauważono, że temat sterylizacji poruszany jest stosunkowo często w przestrzeni internetowej. Z łatwością można znaleźć artykuły medyczne opisujące zabieg sterylizacji jako jedną z metod antykoncepcyjnych. Dotyczy to zarówno sterylizacji kobiecej, jak i męskiej. Zauważono również, że w kontekście sterylizacji mężczyzn często używany jest zwrot „wazektomia", zaś w temacie sterylizacji kobiet „podwiązanie jajowodów". Prawdopodobnie ma to na celu odrzucenie negatywnych skojarzeń związanych ze słowem „sterylizacji". Termin ten bywa kojarzony z przymusowymi praktykami z XX wieku, a w kontekście męskiego ubezpłodnienia niekiedy jest mylony z kastracją. Wynika to z braku powszechnej znajomości opisywanych procedur medycznych oraz konsekwencji jakie z sobą niosą.

W Internecie oprócz publikacji na stronach o tematyce medycznej można znaleźć wpisy o sterylizacji na witrynach dotyczących szeroko pojętego stylu życia. Świadczy to dodatkowo o zainteresowaniu tematem sterylizacji oraz o przedstawianiu go jako jednej z metod antykoncepcji bez powodowania negatywnych skojarzeń.

Ponadto z łatwością można znaleźć informacje o możliwości poddania się zabiegowi sterylizacji w gabinetach lekarskich. W kontekście mężczyzn przeanalizowano oferty polskich gabinetów lekarskich, zaś w kontekście kobiet oferty gabinetów zagranicznych zamieszczone w Internecie w języku polskim.

Problem szczegółowy nr 1.2: jak prezentuje się oferta gabinetów lekarskich oferujących zabieg sterylizacji?

W odniesieniu do wazektomii należy zauważyć, że witryny gabinetów lekarskich oferujących ten zabieg prezentują wiele informacji mogących wpłynąć na podjęcie decyzji o sterylizacji. Zamieszczonych tam jest wiele opisów samej procedury medycznej oraz możliwych komplikacji. W żadnej z ofert w stosunku do tego zabiegu nie zostało użyte słowo „sterylizacja". Zabieg opisywany jest jako jedna z metod antykoncepcyjnych, która ma mieć trwały charakter.

W opisywanych przypadkach zwracano uwagę na wiele pozytywnych aspektów związanych z wazektomią. Uwadze poddano także aspekt kobiecy jako ulżenie partnerce w zmaganiu się z niepożądanymi skutkami używania innych metod antykoncepcyjnych. Wiele gabinetów oferowało informacje o zabiegu w formie najczęściej zadawanych pytań i odpowiedzi, co można uznać za przystępną formę pozyskiwania informacji. Sam zabieg opisywany jest jako krótko trwająca procedura medyczna, niezwykle skuteczna oraz bezbolesna.

W kontekście gabinetów lekarskich oferujących zabieg sterylizacji dla kobiet należy zauważyć, że prezentowały one mniej informacji niż te skierowane do mężczyzn. Ograniczały się one głównie do istoty zabiegu, koniecznych warunków do spełnienia, gdy kobieta chce mu się poddać oraz logistycznych aspektów związanych z dotarciem do placówki medycznej. W celu zwiększenia komfortu dla pacjentek z Polski często funkcjonowała infolinia udzielająca porad w języku polskim oraz zapewniano, że w placówce pracują osoby mówiące w tym języku.

Problem szczegółowy nr 1.3: jak kształtuje się aktywność internautów w temacie sterylizacji?

Zauważono, że aktywność internautów w tematyce sterylizacji rozciąga się na więcej niż ostatnie 20 lat. Osoby szukające porad związanych z zabiegiem wypowiadały się zarówno na forach tematycznych poświęconych zdrowiu, jak również na forach o tematyce ogólnej, gdzie zostały założone specjalistyczne wątki. Najczęściej zadawano pytania dotyczące niepożądanych skutków zabiegu, sposobu w jaki zabieg przebiega oraz wzajemnie polecano sobie placówki, gdzie można mu się poddać. Posty w badanej tematyce pojawiały się nieregularnie. Może być to związane ze zmianami w funkcjonowaniu użytkowników Internetu. Fora internetowe tracą powoli na swojej popularności na rzecz mediów społecznościowych.

W kontekście *social media* należy zwrócić uwagę na portal Facebook, gdzie powstała specjalna grupa o nazwie „Wazektomia – przed i po", do której należy blisko 4,2 tys. użytkowników. Na tej grupie aktywność internautów jest zdecydowanie większa niż ma to miejsce na zbadanych forach internetowych. Posty są tam publikowane regularnie co kilka dni. Internauci wymieniają się tam wieloma informacjami na temat zabiegu w tym, gdzie się mu poddali, o występowaniu niepożądanych skutków, następczym badaniu nasienia czy też zadowolenia z życia seksualnego po zabiegu. Dodatkowo wielu internautów opisuje w jakim wieku poddało się zabiegowi oraz czy posiadają oni potomstwo. Niestety nie znaleziono podobnej grupy zrzeszającej kobiety zainteresowane zabiegiem sterylizacji.

Problem szczegółowy nr 1.4: jak kształtują się argumenty osób będących przeciwnikami, a jak zwolennikami sterylizacji?

Podczas przeszukiwania przestrzeni internetowych znaleziono również negatywne opinie o zabiegu. Przedstawiane zostały relacje osób, które rzekomo miały podać się zabiegowi i doświadczać następczo różnego rodzaju dolegliwości. Wśród negatywnych opinii na temat sterylizacji zauważone zostały postawy związane z wiarą chrześcijańską, prezentujące pogląd jakoby sterylizacja ma być sprzeczna z wolą Boga. Ponadto często w takich opiniach sam zabieg postrzegany jest jako samookaleczanie się.

Dodatkowo w opozycji do zabiegu internauci zauważali, że nieodwracalność zabiegu może potencjalnie wpływać negatywnie na życie pacjentów w przyszłości. Podkreślano, że decyzja o braku chęci posiadania dzieci może ulec zmianie na przestrzeni lat, a osoby, które zabiegowi się poddały, mogą żałować podjętej decyzji.

Nieodwracalność zabiegu sterylizacji była prezentowana jednak jako zaleta wśród jego zwolenników. Zauważali oni, że skorzystanie z niego pozwala na cieszenie się z życia seksualnego bez dodatkowego dbania o antykoncepcję. Dodatkowo zwracana była uwaga na pozytywne skutki sterylizacji w aspekcie pozbycia się u kobiet negatywnych skutków stosowania innych metod. Ma to zatem stwarzać wygodę dla obojga partnerów, zarówno w sytuacji, gdy zabiegowi poddaje się kobieta lub mężczyzna.

Dla osób, które nie mają dzieci i nie chcą ich mieć w przyszłości sterylizacja stanowi wyraz wolności w sferze życia reprodukcyjnego. Ma ona zagwarantować to, że nie będą musieli się oni zmagać z problemem nieplanowanej ciąży oraz konsekwencjami z nim związanymi. Jest to wyraz manifestacji dążenia do życia w określony sposób, z zagwarantowaniem prawa do decydowania o swoim ciele oraz życiu.

W odniesieniu do problemu badawczego nr 2 oraz hipotezy badawczej nr 2 należy uznać, że hipoteza została potwierdzana, co jest widoczne w odpowiedzi na poszczególne pytania szczegółowe.

Problem badawczy nr 2.1: czy posiadanie dzieci ma wpływ na podjęcie decyzji o sterylizacji?

Podczas analizy wypowiedzi zamieszczonych na forach internetowych zauważono, że w większości zabiegiem interesują się osoby posiadające już potomstwo. Liczba dzieci różniła się między poszczególnymi osobami i wahała się najczęściej między 3 a 5. Osoby chcące poddać się zabiegowi dochodzą do wniosku, że są zadowolone z liczby posiadanego potomstwa, a sterylizacja ma zapobiec kolejnym ciążom.

Zdarzały się również osoby, które kwestią sterylizacji interesowały się nie posiadając potomstwa. Przeprowadzone badanie ukazuje, że takich osób jest mniej, lecz również ich motywacje zasługują na zbadanie. Chęć bezdzietności zauważono zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Sterylizacja ma być dla nich gwarancją, że będą mogli być bezdzietni przy braku jednoczesnej rezygnacji z podejmowania współżycia seksualnego.

Należy przy tym zauważyć, że przeprowadzone badania nie udzieliły odpowiedzi na wskazane pytanie w pełni wyczerpująco. Podobnie jak trudno jest zbadać skalę zjawiska sterylizacji w Polsce, to również trudno jest dotrzeć w grupy osób, które poddały się temu zabiegowi. Zaprezentowane więc wyniki dotyczące „modelowego pacjenta" są wiec jedynie wycinkiem rzeczywistości, skonstruowanym na podstawie przeprowadzonego badania.

Problem badawczy nr 2.2: czy wiek ma wpływ na podjęcie decyzji o sterylizacji?

W trakcie przeprowadzanych badań zauważono, że mężczyźni najczęściej mają poddawać się zabiegowi w wieku 30-34 lata, zaś kobiety nieco później – między 30. a 40. rokiem życia.

Wiek poddawania się zabiegowi może być związany z wiekiem w jakim w społeczeństwie polskim podejmowana jest decyzja o rodzicielstwie. Zauważa się bowiem, że coraz później Polacy podejmują decyzje o przyjściu na świat dziecka. Ma to analogiczny wpływ na decyzje o sterylizacji. Należy to rozumieć w ten sposób, że im później osoba decyduje się na potomstwo, to również myśl, że aktualna liczba dzieci jest odpowiednia przychodzi później. Odnieść można to także do osób, które postanowiły żyć bezdzietnie. W młodszym wieku aktualnie rzadziej myśli się o posiadaniu potomstwa, skupiając się na ukończeniu edukacji czy rozbudowie kariery. Zatem świadomość o chęci życia bezdzietnie również może pojawić się później.

Należy jednak odnotować, że podczas prowadzenia badań napotkano relacje osób, które miały poddać się zabiegowi w młodszym wieku – po ukończeniu dwudziestego roku życia. Były to zarówno kobiety i mężczyźni. Przedstawiciele obu płci, którzy mieli się poddać sterylizacji w wieku poniżej 30 lat najczęściej byli bezdzietni i deklarowali, że zależy im na tym, aby ten stan rzeczy nie uległ zmianie.

Problem badawczy nr 2.3: czy bycie w sformalizowanym związku wpływa na podjęcie decyzji o sterylizacji?

Badania stworzyły obraz zgodnie z którym, sterylizacji przeważnie poddawały się osoby będące w stałych związkach. Niekoniecznie musiałby być to związki sformalizowane. Nie jest to zaskoczeniem w obliczu zmian społeczno-demograficznych zachodzących w społeczeństwie polskim.

Z danych GUS wynika, że w Polsce coraz mniej par decyduje się na zawarcie małżeństwa. W 2022 roku zawarto 155 817 małżeństw (76 405 cywilnych i 79 412 wyznaniowych), dziesięć lat wcześniej 203 859 (73 454 cywilnych i 130 397 wyznaniowych), zaś w 2002 – 191 935 (51 003 cywilnych i 140 932 wyznaniowych). Oznacza to, że coraz mniej Polaków decyduje

się na sformalizowanie swojego związku oraz zauważa się, iż odsetek małżeństw wyznaniowych zdecydowanie spada[524].

Przeprowadzone badania ukazują jednak, że stabilność i długoletniość związku ma znaczenie przy podjęciu decyzji o sterylizacji. Zdaje się, że osoby będące w trwałych relacjach łatwiej decydują się na operację wywołującą skutki do końca ich życia.

Napotkano również internautów deklarujących poddanie się zabiegowi nie będących w stałych związkach. Takich osób było zdecydowanie mniej. Należały one do młodszej grupy wiekowej (20-25 lat) oraz były przeważnie bezdzietne.

Problem badawczy nr 2.4: czy osoby korzystające ze sterylizacji boją się nieodwracalności zabiegu w kontekście przyszłych zmian życiowych?

Definitywna odpowiedź na tak postawione pytanie badawcze na gruncie przeprowadzonych badań wydaje się trudna. Wypowiedzi zamieszczone w Internecie bezpośrednio nie przekazywały takiej obawy. Zdawać by się mogło, że osoby zdecydowane na zabieg są bardzo zdeterminowane oraz mają już to zagadnienie przemyślane, co może powodować wniosek, że nie boją się one zmiany swojej decyzji.

W tym kontekście warto przytoczyć, że w jednym z wpisów internauta pytał pozostałych użytkowników, ile czasu zajęło im podjęcie decyzji o poddaniu się wazektomii. Wśród odpowiedzi znalazły się również takie, które świadczyły o tym, że u części osób proces decyzyjny trwał nawet 6 miesięcy czy rok. Może to oznaczać, że nie zdecydowały się one na zabieg szybciej, ponieważ obawiały się właśnie zmiany decyzji. Jednocześnie trzeba zauważyć, że wnioskować można, iż skoro po tym okresie poddały się zabiegowi, to rzeczone obawy minęły.

Podczas przeprowadzania badania odnotowano wpisy osób, które miały żałować skorzystania z tej formy antykoncepcji oraz przestrzegać innych internautów przed możliwością podobnej zmiany patrzenia na przyszłe rodzicielstwo.

Przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy wywiady pomogły pogłębić wiedzę na badany temat. Postanowiono wybrać do badania dwie osoby – kobietę, która mieściła się w

[524] D. Pawłowska, K. Korzeniowska, *Ślubu nie będzie. Liczba nowych maleństw spada, ale tych cywilnych już jest tyle samo co wyznaniowych*, https://biqdata.wyborcza.pl/biqdata/7,159116,29927201,slubu-nie-bedzie-liczba-nowych-malzenstw-spada-ale-tych-cywilnych.html [Dostęp: 21.04.2024]

schemacie „modelowego pacjenta" wynikającym z badania *desk research* oraz mężczyznę, który częściowo odbiegał od niego, ponieważ był bezdzietny.

Niezwykle ciekawie kształtuje się tematyka posiadania dzieci względem motywacji do poddania się sterylizacji. Z badań *desk research* wynikło, że najczęściej zabiegiem zainteresowane są osoby posiadające dzieci. Mężczyzna, biorący udział w badaniu wywiadu, został do niego wybrany, ponieważ odbiegał od modelu „standardowego pacjenta", gdyż nie posiadał potomstwa.

Rozmówca oraz jego żona cenią sobie życie w bezdzietności oraz chcą pozostać w takim stanie do końca życia. Jak mówił, nie czuje on się predestynowany do roli ojca, a potencjalne rodzicielstwo mógłby nie pasować do prowadzonego przez niego stylu życia. Decyzję o życiu w bezdzietności uważa za ostateczną, a wazektomia jest narzędziem umożliwiającym mu zagwarantowanie tego stanu rzeczy.

Zupełnie inaczej kształtuje się ta kwestii w przypadku kobiety, biorącej udział w wywiadzie. Jest ona matką czwórki dzieci i na zabieg sterylizacji zdecydowała się, ponieważ jest przekonana, że nie chce już mieć więcej potomstwa. Decyzję taką motywuje potęgującymi się wraz z wiekiem dolegliwościami towarzyszącymi ciąży. Kobieta jest zadowolona ze swojego życia rodzinnego oraz uważa się za spełnioną w roli matki.

Respondenci prezentują odmienne od siebie postawy życiowe – mężczyzna jest bezdzietny, zaś kobieta ma stosunkowo liczną rodzinę, gdyż jest matką czwórki dzieci. Oboje oni zdecydowali się jednak na zabieg sterylizacji, ponieważ ma on stanowić gwarancję braku potomstwa w przyszłości.

Mężczyzna biorący udział w badaniu poddał się zabiegowi wazektomii w wieku 34 lat. Oznacza to, że mieści się w górnych granicach wiekowych, „standardowego pacjenta", które wyniknęły podczas badania przestrzeni internetowej. Rozmowa ujawniła, że na podjęcie decyzji miało ustabilizowanie życia prywatnego, co według rozmówcy w młodszym wieku jest trudne do osiągnięcia.

Potwierdza to tezę dotyczącą przesuwania się granicy wieku, w którym Polacy zastanawiają się nad decyzją o rodzicielstwie. Rozmówca zdecydował się na zabieg wazektomii w wieku, w którym był już jakiś czas po studiach, miał stabilną pracę oraz stałą relację z partnerką.

Respondentka biorąca udział w badaniu poddała się zabiegowi w wieku 35 lat. Kobieta w tym wieku była już w stabilnych warunkach w sferze zarobkowej oraz prywatnej.

Należy zwrócić uwagę, że wiek odgrywa inną rolę w kontekście sterylizacji w przypadku mężczyzn, a inną u kobiet. Mężczyźni dłużej pozostają płodni, co może wpływać na to, że również w późniejszym wieku mogą decydować się na wazektomię. W przypadku kobiet po przekroczeniu pewnej granicy wiekowej poddawanie się tak inwazyjnemu zabiegowi jakim jest sterylizacja może być niecelowe.

M. Mika, położnik i ginekolog w jednym z wywiadów opisuje, jak płodność ma zmieniać się wraz z wiekiem kobiety: u kobiet 20+ średnia płodność ma wynosić 85-90%, u tych po 30. Roku życia – ok. 60%, po 40.- już tylko 10-15%, zaś po 45. roku życia rzadko udaje się kobietom zajść w ciążę[525]. Menopauza, czyli stan w organizmie kobiety, w którym dochodzi do zaniknięcia miesiączek z powodu utraty aktywności jajników według różnych badań ma zachodzić w średnio wieku 50-52 lata, a najczęściej w przedziale wiekowym 45-55 lat[526].

Przyjmując zaprezentowany obraz płodności kobiet, można zaważyć, że w chwili przeprowadzania zabiegu respondentce pozostało 10-15 lat do menopauzy. Może to oznaczać, że gdyby zwlekała z decyzją o zabiegu jeszcze kilka lat, bardziej wygodna dla niej mogłaby się okazać inne metoda antykoncepcyjna.

Oboje respondenci w chwili przeprowadzani zabiegu pozostawali w stałych związkach – mężczyzna jest w kilkunastoletniej relacji (w momencie zabiegu był rok po ślubie), kobieta jest w związku małżeńskim już 23 lata (gdy zabieg miał miejsce była 13 lata po ślubie). Z badania wynika, że stabilna relacja z partnerem sprzyjała podjęciu decyzji o sterylizacji.

W przypadku mężczyzny było to o tyle istotne, że i on i parentela otwarcie mówili o bezdzietności. Można by przypuszczać, że gdyby nie był w stałej relacji mógłby się wahać przed zabiegiem, ponieważ przyszła potencjalna partnerka mogłaby chcieć posiadać dzieci. Również w przypadku kobiety stabilność relacji wpływała na podjęcie decyzji. Kwestia zabiegu miała być przedyskutowana z mężem oraz miał być on wsparciem dla kobiety podczas wszystkich etapów procedury.

[525] M. Mikołajewska, *Jak zmienia się płodność kobiet wraz z wiekiem? Lekarz: jest punkt, w którym wyraźnie spada*, https://www.medonet.pl/ciaza-i-dziecko,plodnosc-kobiety--wiek--leczenie-nieplodnosci--in-vitro--wywiad-z-ginekologiem,artykul,17704874.html [dostęp: 28.04.2024].
[526] *Menopauza – objawy, leczenie, w jakim wieku występuje*, https://zdrowegeny.pl/poradnik/menopauza [dostęp: 28.04.2024]

Obie osoby biorące udział w badaniu nie boją się nieodwracalności sterylizacji w obliczu przyszłych zmian życiowych, lecz ma to u nich odmienne podłoże. Mężczyzn, choć jest przekonany o definitywności swojej decyzji, nie boi się ewentualnej zmiany postawy w przyszłości – jest gotowy pokryć koszty związane z potencjalną rewazektomią oraz nie wyklucza przysposobienia dziecka. Kobieta natomiast jest spełniona w roli matki, co ma dawać jej niezwykłą satysfakcję – nie bierze zatem pod uwagę zmiany decyzji, ponieważ jest zadowolona z liczby posiadanego obecnie potomstwa.

Zakończenie

Temat sterylizacji antykoncepcyjnej ma charakter interdyscyplinarny, ujawniając złożoność prawa w kontekście medycznych i społecznych aspektów tej problematyki. Złożoność ta została odzwierciedlona w niniejszej pracy, w której rozważania nad obowiązującym prawem wzbogacono o perspektywę historyczną, medyczną oraz socjologiczną, a także poparto badaniami empirycznymi.

Przed przystąpieniem do badań sformułowano dwa główne problemy badawcze – jeden o charakterze prawnokarnym, a drugi kryminologicznym. Pierwszy z nich koncentruje się na analizie aspektów prawnokarnych i brzmi:

Problem badawczy nr 1 - jak kształtuje się legalność dobrowolnej sterylizacji w Polsce?

W celu weryfikacji założonej hipotezy badawczej o charakterze ogólnym, konieczne jest udzielenie odpowiedzi na szereg szczegółowych problemów badawczych, które umożliwiają wieloaspektową analizę badanego zagadnienia. Problemy te pozwalają na dogłębne zrozumienie kluczowych kwestii i ich wzajemnych powiązań, co znacząco zwiększa rzetelność i trafność uzyskanych wyników.

Pierwsze ze szczegółowych pytań badawczych dotyczyło medycznego aspektu tego zabiegu i zostało postawione w następujący sposób: jaki jest charakter medyczny zabiegu sterylizacji?

Charakter medyczny zabiegu sterylizacji różni się w zależności od płci pacjenta oraz zastosowanej metody, przy czym każda z procedur niesie za sobą określone szanse i zagrożenia. Wazektomia jest stosunkowo prostym i mało inwazyjnym zabiegiem chirurgicznym polegającym na podwiązaniu lub przecięciu nasieniowodów, co skutecznie zapobiega przedostawaniu się plemników do ejakulatu. Procedura trwa około 15-30 minut i jest przeprowadzana zazwyczaj w znieczuleniu miejscowym. Pacjent może powrócić do codziennych aktywności już po kilku dniach, a pełna rekonwalescencja trwa maksymalnie tydzień. Wazektomia nie wpływa na produkcję testosteronu, popęd seksualny ani zdolność do osiągania erekcji i orgazmu, co sprawia, że jej zagrożenie negatywnego wpływu na życie seksualne mężczyzny jest znikomy.

Do głównych zalet zabiegu należy jego wysoka skuteczność (ponad 99%) oraz minimalne ryzyko powikłań, które obejmują krwiaki, infekcje lub przewlekły ból moszny, występujące u niewielkiego odsetka pacjentów. Należy podkreślić, że sterylizacja mężczyzn nie daje natychmiastowej niepłodności – wymagane są dodatkowe badania nasienia po upływie około 12 tygodni, aby potwierdzić brak plemników. W przypadku zmiany decyzji o posiadaniu potomstwa, możliwe jest wykonanie rewazektomii, jednak skuteczność odwrócenia procedury maleje wraz z czasem, a po kilkunastu latach prawdopodobieństwo przywrócenia płodności wynosi jedynie około 30-50%. Alternatywą w takich przypadkach może być pozyskanie plemników metodami mikrochirurgicznymi i zapłodnienie pozaustrojowe.

Sterylizacja kobiet jest bardziej złożoną procedurą medyczną, wymagającą ingerencji chirurgicznej w obrębie jamy brzusznej. Najczęściej stosowanymi metodami są laparoskopia, histeroskopia lub minilaparotomia, w trakcie których dochodzi do podwiązania, przecięcia lub zamknięcia światła jajowodów.

W porównaniu do wazektomii, zabieg sterylizacji u kobiet jest bardziej inwazyjny i obarczony większym ryzykiem powikłań. Do najczęściej odnotowywanych należą infekcje, zrosty wewnątrzbrzuszne oraz przypadkowe uszkodzenie sąsiednich narządów. Choć skuteczność sterylizacji jajowodów jest bardzo wysoka (ponad 99%), pacjentki muszą liczyć się z dłuższym okresem rekonwalescencji, wynoszącym od kilku dni do kilku tygodni, w zależności od metody przeprowadzenia zabiegu. Sterylizacja nie wpływa na poziom hormonów płciowych, nie przyspiesza menopauzy i nie powoduje zaburzeń libido, co sprawia, że jej wpływ na funkcjonowanie organizmu jest minimalny poza aspektem rozrodczym. W przypadku decyzji o odwróceniu zabiegu, operacja przywrócenia drożności jajowodów jest skomplikowana i mniej skuteczna niż rewazektomia – szanse na ponowne zajście w ciążę wynoszą około 10-30%. Dla wielu kobiet jedyną dostępną metodą powrotu do macierzyństwa pozostaje wówczas procedura *in vitro*, co wiąże się z dodatkowymi kosztami i obciążeniem psychicznym.

Zarówno w przypadku sterylizacji mężczyzn, jak i kobiet, ta metoda antykoncepcji niesie za sobą istotne korzyści – przede wszystkim trwałe i skuteczne zabezpieczenie przed nieplanowaną ciążą, co pozwala na większą swobodę w sferze seksualnej (szczególnie poprzez zwiększenie komfortu psychicznego i zmniejszenie obaw przed niechcianą ciążą) oraz eliminację ryzyka i skutków ubocznych związanych z innymi metodami antykoncepcji hormonalnej, co jest szczególnie istotne w kontekście sterylizacji kobiet.

Jednak zabieg sterylizacji, mimo swoich zalet, wiąże się z pewnymi ograniczeniami. Przede wszystkim jest to procedura uznawana za trwałą i nieodwracalną w wielu przypadkach, co oznacza, że decyzja o jej przeprowadzeniu powinna być dogłębnie przemyślana. Dla niektórych pacjentów ryzyko żalu lub zmiany okoliczności życiowych może stanowić poważne obciążenie psychiczne. Oznacza to, że trudna odwracalność skutków zabiegu może niekiedy wpływać negatywnie na podjęcie decyzji o poddaniu się mu. Względy kulturowe, religijne oraz społeczne mogą również wpływać na odbiór i decyzję o poddaniu się zabiegowi, co czyni ten temat szczególnie delikatnym i wymagającym starannej analizy. Z punktu widzenia medycznego, sterylizacja jest jedną z najbardziej skutecznych metod antykoncepcji, jednak wymaga świadomego podejścia i rzetelnej konsultacji z lekarzem, który omówi wszystkie możliwe konsekwencje i alternatywy. Jest to zabieg bezpieczny, nie cechujący się podwyższonym ryzykiem. Należy przy tym zaznaczyć, że choć jest możliwe odwrócenie jego skutków, to jest to procedura zdecydowanie bardziej skomplikowana i bardziej kosztowna.

Drugie szczegółowe pytanie badawcze określono w następujący sposób: „jak kształtuje się prawnokarny status zabiegu dobrowolnej sterylizacji w ustawodawstwie polskim i jakie są przesłanki jego legalności?”

W polskim prawie prawnokarny status dobrowolnej sterylizacji nie jest jednoznacznie uregulowany, co prowadzi do różnych opinii doktryny prawniczej na ten temat. Sterylizacja lecznicza jest powszechnie akceptowana, natomiast zabiegi o charakterze antykoncepcyjnym budzą wątpliwości, bywa przez część prawników kwalifikowane jako uszkodzenie ciała na gruncie art. 156 k.k.

Przesłanki legalności zabiegu dobrowolnej sterylizacji opierają się głównie na wykładni przepisów dotyczących zgody pacjenta oraz granic ingerencji w integralność cielesną jednostki. Zgodnie z art. 192 Kodeksu karnego, wykonanie zabiegu medycznego bez zgody pacjenta stanowi czyn zabroniony. W praktyce oznacza to, że świadoma i dobrowolna zgoda pacjenta może stanowić podstawę legalizującą zabieg, pod warunkiem, że nie narusza on innych norm prawnych. Istotnym zagadnieniem pozostaje jednak możliwość uznania sterylizacji za formę uszkodzenia ciała w rozumieniu art. 156 k.k., co może prowadzić do penalizacji, zwłaszcza w przypadku, gdy zabieg nie jest uzasadniony względami zdrowotnymi.

W kontekście przesłanek legalności sterylizacji antykoncepcyjnej kluczowe znaczenie odgrywa także ochrona praw człowieka, w tym prawo do decydowania o własnym ciele oraz prawo do prywatności, zagwarantowane w Konstytucji RP. W świetle art. 47 Konstytucji RP,

każdy ma prawo do ochrony życia prywatnego i decydowania o swoim życiu osobistym, co niektórzy interpretują jako argument przemawiający za dopuszczalnością sterylizacji na życzenie pacjenta. Z drugiej strony, ustawodawca nie przewidział wyraźnych podstaw prawnych umożliwiających realizację tego prawa w praktyce, co w konsekwencji prowadzi do niepewności prawnej zarówno po stronie pacjentów, jak i lekarzy przeprowadzających zabieg.

Prawnokarny status dobrowolnej sterylizacji w polskim ustawodawstwie kształtuje się na gruncie rozbieżnych interpretacji i braku wyraźnych regulacji ustawowych. Przesłanki legalności zabiegu opierają się głównie na zgodzie pacjenta oraz konieczności działania w granicach obowiązujących przepisów prawa karnego i cywilnego. Jednocześnie, konieczność doprecyzowania tej problematyki pozostaje przedmiotem licznych postulatów formułowanych przez środowiska prawnicze i medyczne, wskazujących na potrzebę jednoznacznej regulacji tej materii w polskim porządku prawnym.

Celem regulacji art. 156 kodeksu karnego jest ochrona zdrowia i integralności cielesnej człowieka przed naruszeniami ze strony osób trzecich. Przepis ten stanowi fundament prawnokarnej ochrony przed działaniami, które mogłyby prowadzić do ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w tym pozbawienia zdolności płodzenia. W kontekście zabiegu sterylizacji zasadne jest postawienie pytania, czy prawo powinno chronić jednostkę również przed nią samą, gdy działa w sposób świadomy i dobrowolny, dążąc do podjęcia decyzji o trwałym ograniczeniu swojej płodności. Taka ochrona jest przejawem paternalistycznej koncepcji prawa.

Pozbawienie człowieka zdolności do płodzenia na jego wyraźne życzenie (za jego świadomą zgodą), dokonane przez lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje, nie spotyka się ze społecznym sprzeciwem i wydaje się zgodne z powszechnie przyjmowaną moralnością. Tego rodzaju decyzja wpisuje się w sferę autonomii jednostki i prawa do samostanowienia o swoim ciele, co znajduje potwierdzenie w orzecznictwie dotyczącym ochrony prywatności i wolności osobistej. Praktyka ta, oparta na świadomej zgodzie pacjenta i przeprowadzona zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, podkreśla, że prawnokarna interwencja w tego rodzaju sytuacjach może wydawać się nadmierna i nieproporcjonalna wobec współczesnych standardów etycznych i społecznych.

W obliczu braku jednoznacznych regulacji dotyczących dobrowolnej sterylizacji, pojawia się potrzeba wprowadzenia przepisów, które wprost odnosiłyby się wprost do tego zabiegu. Uregulowanie tej kwestii mogłoby nie tylko zapewnić lekarzom większą pewność prawną, ale także wyeliminować ryzyko różnorodnych interpretacji, które mogą prowadzić do

niejednolitości w praktyce medycznej. Jasne i precyzyjne przepisy prawa umożliwiłyby sprawne funkcjonowanie placówek medycznych, chroniąc jednocześnie prawa pacjentów oraz respektując ich wolność w zakresie decyzji dotyczących zdrowia i życia.

Trzecie szczegółowe pytanie, mające na celu przybliżenie do weryfikacji hipotezy o charakterze ogólnym, brzmi: jakie są podstawy przyjęcia wtórnej legalności określonych zachowań i jakie kontratypy występują w polskim prawie karnym?

Podstawy przyjęcia wtórnej legalności określonych zachowań oraz kontratypy w polskim prawie karnym można rozważyć w kontekście struktury przestępstwa oraz przesłanek wyłączających bezprawność czynu.

Polska teoria prawa karnego przyjmuje trójelementową strukturę przestępstwa, obejmującą istotę czynu, winę oraz bezprawność. Kluczową rolę odgrywa rozróżnienie pomiędzy bezprawnością a winą – bezprawność oznacza sprzeczność czynu z normą prawną, natomiast kontratyp stanowi okoliczność, która tę bezprawność wyłącza. W polskim ustawodawstwie wyróżnia się kontratypy kodeksowe, takie jak obrona konieczna (art. 25 k.k.), stan wyższej konieczności (art. 26 k.k.), dopuszczalne ryzyko (art. 27 k.k.) czy uzasadniona krytyka (art. 213 k.k.).

Oprócz kontratypów kodeksowych przeważająca część prawników wyodrębnia również kontratypy pozakodeksowe, których źródłem są inne ustawy lub zasady ogólne wynikające z praktyki orzeczniczej i doktryny. Przykładem są kontratypy w sferze zabiegów medycznych, gdzie wyłączenie bezprawności wynika z celu leczniczego, przy zachowaniu odpowiednich procedur i zgody pacjenta. W przypadku zabiegów takich jak sterylizacja, istnieje rozbieżność w ocenie – część doktryny uznaje je za pierwotnie legalne, podczas gdy inni wskazują na konieczność zastosowania kontratypu, uzasadnionego ochroną zdrowia i życia pacjenta.

W nauce polskiego prawa karnego, obok kontratypów kodeksowych i pozakodeksowych, część przedstawicieli doktryny wyróżnia także tzw. kontratypy pozaustawowe. Znane są one także w orzecznictwie. Zgodnie z tą koncepcją, choć opis czynu zabronionego musi mieć podstawę w ustawie, to nie jest to wymóg dotyczący kontratypów. Umożliwia to wyodrębnienie takich sytuacji, w których odpowiedzialność karna zostaje wyłączona mimo braku wyraźnego przepisu w ustawie, co ma zapewnić elastyczność prawa wobec zmieniających się warunków społecznych.

Autor niniejszej pracy nie skłania się ku koncepcji kontratypów pozaustawowych, podkreślając, że ich stosowanie może prowadzić do naruszenia zasady pewności prawa. Niemniej jednak, w kontekście sterylizacji, choć zabieg ten niewątpliwie nie stanowi kontratypu kodeksowego, zasadne wydaje się rozważenie możliwości wyłączenia bezprawności czynu na podstawie kontratypu pozakodeksowego – opartego na przepisach ustawowych przyznających lekarzowi odpowiednie uprawnienia. Tego rodzaju regulacje mogłyby stanowić podstawę do uznania, że zabieg wykonany zgodnie ze sztuką lekarską i na wyraźne życzenie pacjenta, nie narusza norm prawnokarnych.

Ostatnie szczegółowe pytanie, będące rozwinięciem problemu badawczego nr 1, sformułowano w następujący sposób: jak wygląda regulacja prawna sterylizacji w systemach prawnych wybranych państw europejskich?

W europejskich systemach prawnych występują zróżnicowane podejścia do regulacji prawnej zabiegu sterylizacji. Przykładowo w Niemczech sterylizacja jest legalna, jednak podlega ścisłym regulacjom. Zabieg można przeprowadzić wyłącznie u osób pełnoletnich, po wcześniejszej konsultacji lekarskiej i psychologicznej. Prawo wymaga, aby pacjent świadomie i dobrowolnie podjął decyzję, co ma na celu ochronę przed pochopnymi działaniami. Niemiecki ustawodawca dość liberalnie potraktował kwestię sterylizacji, uznając, że bezprawność czynu w tym przypadku jest wyłączona poprzez kontratyp zgody dysponenta dobrem.

Z kolei w Austrii sterylizacja jest prawnie dopuszczalna, a jej przeprowadzenie obwarowane jest podobnymi wymogami jak w Niemczech, lecz wprowadzono cenzus wiekowy – granicą wiekową pozwalającą na poddanie się takiemu zabiegowi jest 25 lat. Kluczowe jest zapewnienie pacjentowi pełnej informacji, a decyzja musi być poprzedzona okresem przemyślenia, co podkreśla wagę świadomej zgody. Austriacki ustawodawca wprowadził w kodeksie karnym kontratyp sterylizacji, wprost odnoszący się do tego zabiegu. Zgodnie z tą regulacją, zabieg jest zgodny z prawem, jeśli przeprowadza go lekarz, a pacjent, który ukończył 25 lat, wyrazi na niego zgodę.

W Norwegii kwestia sterylizacji została uregulowana w specjalnej, odrębnej ustawie (*Steriliseringsloven*), co czyni ten system prawnym jednym z bardziej precyzyjnych na tle innych państw Europy. Zabieg sterylizacji mogą przejść osoby, które ukończyły 25 lat i zamieszkują na stałe na terenie Norwegii, a warunkiem koniecznym jest ich dobrowolne żądanie.

Przewidziano wyjątki, umożliwiające przeprowadzenie zabiegu także osobom młodszym lub zmagającym się z poważnymi chorobami, jeśli istnieje zagrożenie życia lub zdrowia w przypadku ciąży, bądź jeśli przyszła opieka nad dzieckiem mogłaby być znacznie utrudniona z powodu stanu zdrowia pacjenta. W takich sytuacjach decyzję podejmuje Komisja ds. Sterylizacji, której zgoda jest niezbędna do przeprowadzenia zabiegu. Rada ds. Sterylizacji pełni natomiast rolę organu odwoławczego oraz monitorującego jednolitość stosowania przepisów na terenie całego kraju.

Do zaprezentowanego problemu badawczego nr 1 oraz uzupełniających go szczegółowych problemów badawczych postawiono hipotezę badawczą o charakterze ogólnym:

Hipoteza badawcza nr 1 – legalność dobrowolnej sterylizacji w Polsce jest uzależniona od medycznego charakteru tego zabiegu oraz stopnia społecznej akceptacji jego dopuszczalności.

Na podstawie przeprowadzonej analizy, hipoteza badawcza nr 1 dotycząca legalności dobrowolnej sterylizacji w Polsce została częściowo potwierdzona. Ustalono, że brak jednoznacznych regulacji w polskim porządku prawnym wciąż rodzi liczne wątpliwości interpretacyjne, szczególnie w zakresie kwalifikacji prawnej dobrowolnej sterylizacji. Jednocześnie przeprowadzone rozważania wykazały, że zabieg ten cieszy się rosnącą akceptacją społeczną oraz jest zgodny z wartościami konstytucyjnymi, takimi jak prawo do prywatności i autonomii jednostki.

Analiza regulacji prawnych w wybranych państwach europejskich ukazała, że istnieją modele legislacyjne umożliwiające pełną legalizację sterylizacji na życzenie pacjenta, pod warunkiem spełnienia określonych przesłanek formalnych określonych ustawowo. Wnioski płynące z tych porównań wskazują, że implementacja podobnych rozwiązań w polskim systemie prawnym mogłaby przyczynić się do zwiększenia pewności prawnej zarówno po stronie pacjentów, jak i lekarzy.

Wprowadzenie do kodeksu karnego kontratypu sterylizacji może budzić wątpliwości, czy zabiegi wykonywane przed wejściem w życie nowelizacji były legalne. W celu uniknięcia potencjalnych wątpliwości dotyczących wcześniej wykonanych zabiegów ubezpłodnienia, należy rozważyć wprowadzenie warunków, pod jakimi można poddać się sterylizacji, do ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności

przerywania ciąży. Byłoby to rozwiązanie zbliżone do norweskiego, a wyprowadzenie ograniczeń do pozakarnej ustawy mogłoby być zasadne w obliczu ochrony autonomii woli pacjenta.

Drugi problem badawczy, tym razem o charakterze kryminologicznym, został przedstawiony w następujący sposób:

Problem badawczy nr 2 – jak kształtuje się opinia społeczeństwa i środowiska lekarskiego na temat zabiegu dobrowolnej sterylizacji w Polsce i jakimi czynnikami jest uwarunkowana?

Podobnie jak dokonano tego powyżej, aby zweryfikować ogólną hipotezę badawczą nr 2, niezbędne jest rozwiązanie szeregu szczegółowych problemów badawczych, które pozwalają na wszechstronną analizę przedmiotu badań. Te problemy umożliwiają głębsze zrozumienie istotnych aspektów i ich wzajemnych relacji, co w znacznym stopniu podnosi wiarygodność i adekwatność uzyskanych rezultatów.

Pierwszy problem badawczy o charakterze szczegółowym dotyczy warstwy historycznej badanego zagadnienia - jak historycznie zmieniała się funkcja zabiegu sterylizacji pod wpływem ruchów eugenicznych?

Wpływ ruchów eugenicznych na funkcję zabiegu sterylizacji był znaczący, a charakter zabiegu ulegał istotnym zmianom na przestrzeni wieków. Początkowo sterylizacja miała charakter wyłącznie medyczny – stosowano ją głównie w przypadkach, gdy ciąża mogła zagrażać zdrowiu lub życiu kobiety bądź jako sposób leczenia schorzeń narządów płciowych. Wraz z rozwojem nauk przyrodniczych i postępem w dziedzinie genetyki, sterylizacja zaczęła być postrzegana jako narzędzie poprawy jakości gatunku ludzkiego, co znalazło odzwierciedlenie w koncepcjach eugeniki negatywnej.

Eugenika negatywna zakładała ograniczenie prokreacji osób uznawanych za „małowartościowe” ze względu na choroby psychiczne, upośledzenie umysłowe czy schorzenia dziedziczne. Sterylizacja stała się elementem polityki publicznej i była przeprowadzana nie tylko dobrowolnie, ale także przymusowo na mocy ustawodawstwa, zwłaszcza w takich krajach jak Niemcy, Szwecja czy Stany Zjednoczone. Zabieg ten był więc stosowny jako element inżynierii społecznej. Osoby poddawane zabiegowi często nie miały możliwości sprzeciwu. W szczególności w hitlerowskich Niemczech sterylizacja stała się

narzędziem eksterminacji, mającym na celu ograniczenie populacji osób, które nie wpisywały się w ideologiczne założenia czystości rasowej.

Po II wojnie światowej funkcja sterylizacji uległa stopniowej liberalizacji, a jej przymusowy charakter został w większości państw zarzucony. Coraz więcej państw zaczęło traktować sterylizację jako formę antykoncepcji uwarunkowaną osobistą decyzją pacjenta, pozostającą w sferze prywatnej jednostki. Współczesna w państwach Zachodu sterylizacja służy głównie celom antykoncepcyjnym i poprawie komfortu życia, co świadczy o istotnym przekształceniu jej roli – z narzędzia kontroli populacji w zabieg respektujący autonomię woli pacjenta.

Drugi problem badawczy dotyczy opinii społeczeństwa polskiego na temat zabiegu sterylizacji. Autor ujął go w następujący sposób: jaka jest opinia przedstawicieli polskiego społeczeństwa na temat sterylizacji dla wygody?

Badanie sondażowe z 2024 roku wykazało wzrost akceptacji społecznej dla dobrowolnej sterylizacji kobiet i mężczyzn w Polsce. Blisko połowa badanych (49,2%) popiera sterylizację kobiet, natomiast 47,3% jest za sterylizacją mężczyzn. W obu przypadkach około jedna trzecia respondentów była przeciwna, a reszta nie miała zdania lub odmówiła odpowiedzi.

W porównaniu do 2002 roku poparcie dla sterylizacji kobiet wzrosło o 16,2 punktu procentowego, a dla mężczyzn o 14,3 punktu. Liczba przeciwników spadła odpowiednio o 11,5 i 9,3 punktu. Choć akceptacja dla sterylizacji kobiet jest nieco wyższa niż dla mężczyzn, różnica ta jest niewielka. Spadek liczby niezdecydowanych sugeruje, że temat ten staje się coraz bardziej akceptowany i mniej kontrowersyjny w społeczeństwie.

Przeprowadzone badanie pomogło określić cechy osób popierających i przeciwnych dobrowolnej sterylizacji kobiet i mężczyzn. Modelowy zwolennik sterylizacji kobiet to mężczyzna w wieku 25-31 lat, mieszkaniec dużego miasta, wykształcony, student lub uczeń, o wysokich dochodach, niepraktykujący religijnie i o lewicowych poglądach. Z kolei zwolennik sterylizacji mężczyzn to kobieta o podobnym profilu – młoda, wykształcona, z dużego miasta, o lewicowych poglądach i wysokich dochodach.

Natomiast modelowy przeciwnik sterylizacji kobiet to starsza kobieta z wykształceniem zawodowym, mieszkająca na wsi, pracująca w rolnictwie, uczestnicząca regularnie w praktykach religijnych i o prawicowych poglądach. Przeciwnik sterylizacji mężczyzn to z kolei

statystycznie starszy mężczyzna o podobnym profilu – rolnik z wykształceniem zawodowym, praktykujący religijnie i o prawicowych poglądach.

Analiza wykazała, że poparcie dla sterylizacji jest wyższe wśród młodszych, wykształconych i mniej religijnych osób, podczas gdy sprzeciw dominuje w starszych, bardziej konserwatywnych i religijnych grupach społecznych. Wyniki te wskazują, że choć stopniowo rośnie społeczna akceptacja dla sterylizacji jako świadomego wyboru, nadal istnieje silny podział opinii wynikający z przekonań etycznych, religijnych oraz kulturowych. Widoczna jest także tendencja wskazująca na większą akceptację wśród osób o liberalnych poglądach oraz tych, które deklarują brak przynależności do wspólnot religijnych.

Następnie uznano za zasadne zbadanie opinii środowiska lekarskiego na temat zabiegu sterylizacji. Szczegółowy problem dotyczący tego zagadnienia sformułowano następująco: jaka jest opinia lekarzy ginekologów i andrologów na temat sterylizacji dla wygody?

Wyniki badań przeprowadzonych wśród lekarzy ginekologów wskazują na zróżnicowane podejście do zabiegu sterylizacji jako metody antykoncepcji, z wyraźną skłonnością do akceptacji tej formy antykoncepcji. W pracy nie udało się niestety zbadać opinii lekarzy andrologów – mimo uzyskania zgody na przeprowadzenie badania od Polskiego Towarzystwa Andrologicznego, zwrotność ankiet wśród zrzeszonych w nim lekarzy była niewielka.

W przypadku sterylizacji mężczyzn (wazektomii), lekarze wykazują większą akceptację i skłonność do uznania jej legalności oraz mniejszego ryzyka prawnego i medycznego w porównaniu do sterylizacji kobiet. Aż 87,8% respondentów uznało, że ryzyko związane z wazektomią mieści się w granicach przeciętnego ryzyka medycznego, a 69,3% lekarzy nie dostrzega zagrożenia odpowiedzialnością karną za wykonanie tego zabiegu.

W odniesieniu do sterylizacji kobiet lekarze wyrażają większe obawy. Aż 92,9% ankietowanych uznało, że istnieje ryzyko odpowiedzialności karnej związanej z przeprowadzeniem tego zabiegu. Ponadto 74,3% respondentów uważa, że sterylizacja kobiet wiąże się z realnym ryzykiem odpowiedzialności dyscyplinarnej. Przekonanie o nielegalności sterylizacji kobiet jest dominujące – 93,5% lekarzy wskazało, że dobrowolna sterylizacja kobiet jest w Polsce nielegalna.

Mimo wskazanych różnic, zarówno w przypadku sterylizacji kobiet, jak i mężczyzn, większość lekarzy dostrzega pozytywny wpływ dostępności tych zabiegów na jakość życia

pacjentów. Aż 84,3% respondentów uznało, że legalizacja sterylizacji mężczyzn i kobiet mogłaby znacząco poprawić jakość życia pacjentów.Jednak lekarze w badaniu podkreślają, że brak jednoznacznych regulacji prawnych powoduje niepewność i obawy przed odpowiedzialnością prawną, co ogranicza popularność tych procedur w Polsce.

Ostatnie dwa problemy szczegółowe, będące rozszerzeniem problemu badawczego nr 2, dotyczą opinii internautów na temat zabiegu sterylizacji. Zostały one sformułowane w następujący sposób:

- jaki jest profil statystyczny osoby poszukującej w sieci informacji na temat możliwości poddania się zabiegowi sterylizacji oraz jak kształtuje się ich aktywność w tym temacie w Internecie?
- oraz jak konsekwencje zabiegu oceniają osoby, które się mu poddały? Jaka była ich motywacja do poddania się zabiegowi?

Na podstawie przeprowadzonych badań *desk research* skonstruowano zróżnicowany profil osób poszukujących informacji na temat sterylizacji w Internecie, z wyraźnym podziałem na płeć. Mężczyźni częściej interesują się wazektomią – zabiegiem łatwo dostępny na terenie Polski. Z kolei kobiety, napotykając bariery prawne i ograniczony dostęp do zabiegów sterylizacji antykoncepcyjnej w kraju, częściej poszukują informacji o możliwościach przeprowadzenia zabiegu za granicą, zwłaszcza w krajach takich jak Czechy czy Niemcy. Osoby poszukujące informacji w sieci to zazwyczaj osoby powyżej 30. roku życia, będące w stabilnych związkach, które posiadają dzieci i nie planują kolejnego potomstwa.

Osoby, które miały poddać się zabiegowi, w większości oceniają go pozytywnie, podkreślając wzrost komfortu psychicznego i jakości życia seksualnego. W przypadku mężczyzn wazektomia postrzegana jest jako akt przejęcia odpowiedzialności za antykoncepcję na partnera, co pozwala ich partnerkom uniknąć skutków ubocznych antykoncepcji hormonalnej. Kobiety, które decydują się na sterylizację, wskazują na chęć uniezależnienia się od długoterminowej antykoncepcji oraz jej wpływu na zdrowie. Zabieg u kobiet jest jednak bardziej inwazyjny, co wiąże się z dłuższą rekonwalescencją i większym ryzykiem powikłań. Mimo to, zarówno kobiety, jak i mężczyźni, podkreślają, że decyzja o sterylizacji była świadoma i przemyślana, a ewentualne zmiany decyzji w przyszłości traktują jako element własnej odpowiedzialności, a nie kwestię wymagającą regulacji prawnych. Należy jednak odnotować, że podczas badania napotkano relacje osób, które żałują poddania się zabiegowi,

oraz takich, które zmagały się z poważniejszymi niż standardowe konsekwencjami zdrowotnymi.

W odniesieniu do problemu badawczego nr 2 oraz powiązanych z nim szczegółowych pytań sformułowano ogólną hipotezę badawczą nr 2:

Hipoteza badawcza nr 2 – postawy Polaków względem dobrowolnej sterylizacji są zróżnicowane i zależą od szeregu okoliczności takich jak m.in. cechy społeczno-demograficzne badanej populacji (wiek, płeć, wykształcenie). Uzupełnieniem tej hipotezy jest założenie, że opinia środowiska lekarskiego jest bardziej przychylna dobrowolnej sterylizacji niż opinia ogółu społeczeństwa.

Przeprowadzone badanie pozwoliło potwierdzić postawioną hipotezę badawczą. Zróżnicowanie postaw Polaków względem dobrowolnej sterylizacji są silnie uzależnione od takich czynników jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, dochody oraz światopogląd i religijność. Z kolei opinia środowiska lekarskiego, zwłaszcza ginekologów, jest bardziej przychylna sterylizacji mężczyzn (wazektomii) niż kobiet, co wynika z postrzeganego mniejszego ryzyka prawnego i medycznego.

Wzrost społecznej akceptacji dla sterylizacji antykoncepcyjnej, zwłaszcza w porównaniu do wcześniejszych badań, potwierdza zmiany zachodzące w kształtowaniu się obowiązujących norm społecznych oraz rosnącą świadomość dotyczącą metod antykoncepcji. Przeanalizowane wyniki wskazują, że osoby młodsze, wykształcone i mniej religijne wykazują większą akceptację dla sterylizacji, co znajduje odzwierciedlenie w danych sondażowych. Wyniki te w pełni wspierają założenie, że czynniki społeczno-demograficzne odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu opinii na temat sterylizacji, a lekarze – choć bardziej przychylni temu zabiegowi – wskazują na konieczność wyraźniejszej regulacji prawnej w tej kwestii.

Analiza przeprowadzona przez Autora w ramach niniejszej pracy pozwoliła na pogłębione zbadanie problematyki statusu dobrowolnej sterylizacji w Polsce, uwzględniając aspekty prawnokarne, medyczne oraz społeczne. Złożoność zagadnienia ujawniła potrzebę wielopłaszczyznowego podejścia, łączącego przywołane dziedziny nauki. W trakcie badań potwierdzono, że legalność sterylizacji w polskim porządku prawnym jest kwestią niejednoznaczną i pozostawia szerokie pole do interpretacji, co rodzi potrzebę wprowadzenia jednoznacznych regulacji w tym zakresie.

Zebrane dane badawcze wskazują na rosnącą akceptację społeczną dla sterylizacji jako metody antykoncepcji, szczególnie wśród osób młodszych, wykształconych i mniej związanych z praktykami religijnymi. Opinie środowiska lekarskiego odzwierciedlają większą przychylność wobec sterylizacji mężczyzn niż kobiet, co wynika z mniejszego ryzyka odpowiedzialności karnej i dyscyplinarnej, spowodowanego niejasnościami w prawie. Wyniki te pozwalają sformułować rekomendacje dotyczące potrzeby doprecyzowania przepisów oraz dostosowania polskiego prawa do zmieniających się norm społecznych i standardów medycznych, co mogłoby przyczynić się do zwiększenia pewności prawnej lekarzy oraz ochrony autonomii pacjentów.

Bibliografia

Literatura:

1. Albański Ł., Krywult-Albańska M., *Seks, nauka i czystość rasy: jak ruch eugeniczny za oceanem chciał stworzyć społeczeństwo doskonałych jednostek*, Nowiny Lekarskie 2011, nr 80.
2. Andrejew I., *Polskie prawo karne w zarysie*, Warszawa 1978.
3. Apanowicz J., *Metodologiczne uwarunkowania pracy naukowej*: *prace doktorskie, prace habilitacyjne*, Warszawa 2005.
4. Bach-Golecka D., *Rozważania o kontrowersjach i konsekwencjach koncepcji praw reprodukcyjnych*, „Polski Rocznik Praw Człowieka i Prawa Humanitarnego" 2016, nr 7.
5. Banaszak B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Komentarz do art. 47*, Warszawa 2012, Legalis el.
6. Banaś-Grabek M., *Komentarz do art. 152* [w:] M. Banaś-Grabek, B. Gadecki, J. Karnat, A. Łyżwa, R. Łyżwa, *Kodeks karny. Część szczególna art. 148- 253. Komentarz*. Legalis el.
7. Bancoft J., Z. Lew-Starowicz, A. Robocha (red.), *Seksualność człowieka*, Wrocław 2011, s. 461.
8. Barczak-Oplustil A., Sroka T*., Odpowiedzialność karna za czyny przeciwko zdrowiu w prawie medycznym* [w:] A. Barczak-Oplustil, T. Sroka (red.) System Prawa Medycznego. Odpowiedzialność publicznoprawna. T.6.
9. Bartel H., *Embriologia*, Warszawa 2012.
10. Bertel Ch., Schwaighofer K., *Österreichisches Strafrecht. Besonderer Teil 1. §§ 75 bis 168 b StGB, 12. Vollständig überarbeitete Auflage von K. Schwaighofer,* A. Venier, Wien 2012.
11. Binnebesel J., Baczała D., Błajet P., *Eugenika – aspekty historyczne, biologiczne i edukacyjne*, Studia edukacyjne 2019, nr 52.
12. Bińkowska M., Jakimiuk A., Paszkowski T., Pawelczyk L., Skrzypulec-Plinta V., *Risk of venous thromboembolism during the use of oral estrogen-progestogen hormone therapies in light of most recent research findings*, „Menopause Rev" 2022, nr 21(3).
13. Bodył A., *Czy Lamarck miał racje? Kilka uwag o dziedziczeniu cech nabytych*, Kosmos 1994, nr 43(2).

14. Bojarski T., *Tradycja i postęp w nowelizacji prawa karnego – od Makarewicza do stanu obecnego*, „Teka Komisji Prawnej. Polska Akademia Nauk. Oddział w Lublinie 1" 2008.
15. Boratyńska M., Konieczniak P., *Pierwotna bądź wtórna legalność czynności leczniczych* [w:] M. Boratyńska, P. Konieczniak (red.), *System prawa medycznego*, t. 2, *Regulacja prawna czynności medycznych*, cz. 1, Warszawa 2019.
16. Boratyńska M., *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012.
17. Boratyńska M., *Zabieg leczniczy (oczywiście) zbędny*, PiM 2014, nr 2.
18. Boratyńska M., Zielińska E., *Status prawny sterylizacji do celów antykoncepcyjnych* [w:] E. Zielińska, *System Prawa Medycznego. Regulacja prawna czynności medycznych Tom II. Część 2.* [w:] E. Zielińska, *System Prawa Medycznego*, Warszawa 2019.
19. Bosek L., *Komentarz do art. 47*, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red)., Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1-86, Legalis el.
20. Brzozowski P., *Pozaustawowe kontratypy – zarys problematyki*, „Studia Prawnicze" 2013.
21. Buchała K., *Prawo karne*, Warszawa 1989.
22. Budyn-Kulik M., Komentarz do art. 157 k.k. [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2023.
23. Budyn-Kulik M., *Komentarz do art. 162* [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2022.
24. Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, *Verhütungsbericht 2024, Bedarf und Versorgung mit Verhütungsmitteln in Österreich*, Wiedeń 2024.
25. Burgstaller M., Sch*ütz* H., *§ 90 [w:] F. H*öpfel, E Ratz, *Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch*, Wien 2004.
26. Caban Ł., *Komentarz do art. 31* [w:] M. Kopeć (red.) *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2016.
27. Cieślińska B., *Bezdzietność jako styl życia*, „Pogranicze. Studia Społeczne" 2014/24.
28. Ciuk S., Latusek-Jurczak D., *Etyka w badaniach jakościowych* [w:] D. Jemielniak (red.) Badania jakościowe. Podejścia i teorie. Tom 1., Warszawa 2012
29. Complak K., *Komentarz do art. 31* [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. M. Haczkowska, Warszawa 2014.

30. Curtis K. M., Mohllajee A. P., *Regret following female sterilization at a young age: a systematic review*. "Contraception" *2006*, *73*(2).
31. Daniels K., Abama J. C., *Current Contraceptice Status Among Woman Aged 15-49: United States, 2015-2017*, NCHS Data Brief 2018.
32. Daniluk P., *Czynność lecznicza jako kontratyp*, PiM 2008, nr 2, s. 31–43; L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2006.
33. Dąbrówka A., Geller E., Turczyn R., *Słownik synonimów*, Warszawa 2004.
34. Det juridske fakulter, *Grov vold mot barn. Anvendelsen av straffeloven (1902) § 229 og straffeloven (2005) §§ 273 og 274*, 2016.
35. Dębski R., *Antykoncepcja – metody zapobiegania niepożądanej ciąży. Część II. Medyczne (nienaturalne) metody zapobiegania niepożądanej ciąży*, Ginekolog Pol. 2007, nr 78.
36. Dokument wydany przez Rzecznika Praw Pacjenta 12 marca 2023, sygn. RzPP-DPR-WPZ.431.362.2021.PS.
37. Domaradzki J., *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia" 2013, nr 40/1.
38. Drosdzol A., *Współczesne metody antykoncepcyjne* [w:] Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), Podstawy seksuologii, Warszawa 2010.
39. Drouard A., *Concerning Eugenics in Scandinavia. An Evaluation of Recent Research and Publications,* Population: An English Selection, 1999, Vol. 11 (1999).
40. Eckhardt K., *Wolności, prawa i obowiązki obywatela i człowieka* [w:] J. Buczkowski (red.) Ł. Buczkowski, K. Eckhardt, Prawo konstytucyjne RP (Instytucje wybrane), Przemyśl-Rzeszów 2012.
41. Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.
42. Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Warszawa 1997.
43. Filar M., *Odpowiedzialność karna związana z nieterapeutycznymi czynnościami lekarskimi*, PiM 2000/1(5).
44. Florczak-Wątor M., *Komentarz do art. 47* [w:] P. Tuleja (red.), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Wyd. II, 2021, LEX.
45. Foregger E., Fabrizy E. E., Strafgesetzbuch StGB samtausgewählten Nebengesetzen. Kurzkommentar mit einer Einf*ührung und Anmerkungen unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes und des Schrifttums,* Wien 2006.
46. Gardocka T., *Czy w polskim prawie potrzebny jest kontratyp sztuki*?, „Palestra" 2015.
47. Gardocka T., *Klauzula sumienia – głos drugi*, „Medyczna Wokanda" 2017, nr 9 (9).

48. Gardocki L., *Prawo karne*, Warszawa 2006.
49. Garlicki L., *Polskie prawo konstytucyjne*. *Zarys wykładu*, Warszawa 2022.
50. Garlicki L., Rozdział II. *Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela [w:] G. Śniadowska, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*. Komentarz. Tom II.
51. Garlicki L., Wojtyczek K. [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom II, wyd. II*, red. M. Zubik, Warszawa 2016, art. 31.
52. Garncarek E., *Dobrowolna bezdzietność a przemiany tożsamości płci współczesnych kobiet i mężczyzn*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica" 2014/51.
53. Glińska N., *Własne ciało – operatywność praw seksualnych o reprodukcyjnych w Polsce*, „Folia Iuridica Universitatis Wratislaviensis" 2016, vol. 5 (2), s. 47-48.
54. Główny Urząd Statystyczny, Sytuacja demograficzna Polski do 2022 r., Warszawa 2023.
55. Golusińska K., *Zgoda na zabieg medyczny – uwagi prawnika*, „Medical Maestro Magazine" 2012, nr 2, s. 196–197.
56. Goode W. J., Hatt P. K., *Methods in Social Research*, Nowy Jork-Toronto-Londyn 1952.
57. Górski A., *O prawie medycznym i pojęciach prewencji medycznej w systemie prawa*, „Forum prawnicze" 2019, nr 5(55).
58. Górski A., Oszkinis B., *Sterylizacja* [w:] L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.) *Szczególne świadczenia zdrowotne. System prawa medycznego*. Tom 2, Warszawa 2018.
59. Górski A., *Wykonywanie zawodu lekarza a prawo karne*, Warszawa 2019.
60. Grudecki M., *Kontratypy pozaustawowe w polskim prawie karnym, Rozdział I. Bezprawność jako element struktury przestępstwa w nauce prawa karnego*, Legalis el.
61. Grudecki M., *Tak zwane kontratypy pozaustawowe a funkcja gwarancyjna prawa* karnego [w:] A. Golonka, M. Trybus (red.), Prawo karne w obliczu zmian i aktualnych problemów polityki kryminalnej, Rzeszów 2018.
62. Grześkowiak A. [w:] A. Marek (red.), *Prawo karne. Zagadnienia teorii i praktyki*, Warszawa 1986.
63. Grześkowiak A., *Nullum crimen, nulla poena sine lege anteriori. Prawa człowieka. Model prawny*, Wrocław-Warszawa-Kraków 1991.
64. Grzywo-Dąbrowski W., Zagadnienie sterylizacji, „Lekarz Polski" 1934, X, nr 6.
65. Guzik-Makaruk E.M., Wojewoda E., Gąsowski M., *Kilka uwag na temat prawnokarnych i kryminologicznych aspektów sterylizacji i rozwoju tzw. turystyki*

sterylizacyjnej, [w:] J.Cz. Bojarski, N. Daśko, J. Lachowski, T. Oczkowski, A. Ziółkowska (red.) *Współczesne oblicza prawa karnego, prawa wykroczeń, kryminologii i polityki kryminalnej. Księga Jubileuszowa prof. Violetty Konarskiej-Wrzosek,* s. 248-262, Warszawa 2023.

66. Guzik-Makaruk E.M., Wojewoda E., Truskolaska E.M*., Odpowiedzialność za błędy medyczne w Polsce i Republice Federalnej Niemiec – wybrane aspekty*, Warszawa 2021.
67. Hanc J., *L'art pour l'art, czyli o tzw. kontratypie sztuki*. "Santander Art and Culture Law Review" 2020, Nr 1.
68. Heinemann I., *Rasa, ziemia, niemiecka krew. Główny Urząd Rasy i Osadnictwa SS i nowy porządek rasowy Europy*, Gdańsk 2014.
69. Holocher J., *Dobrowolna sterylizacja. Uwagi de lege lata*, Studia prawnicze 2015, nr 1 (201).
70. Hryniewicz E., *Czy zgoda dysponenta dobrem może wyłączyć bezprawność czynu?,* „Prokuratura i Prawo" 2014, nr 9, s. 63.
71. Izdebski Z., *Seksualność Polaków na początku XXI w.*, Kraków 2012.
72. Jabosze A., *Eugenika jako próba naukowego rozwiązania problemu niepełnosprawności*, MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE MP DRAHOMANOV NATIONAL UNIVERSITY OF PEDAGOGY 2019 nr 114.
73. Jakiel G., Bakalczuk Sz., *Antykoncepcja męska* [w:] M. Semczuk, M. Kurpisz, Andrologia, Warszawa 2006.
74. Jęczmionka-Kopińska E., *Błąd w sztuce i niepowodzenie medyczne w polskim systemie prawa. Prawnoetyczne uwarunkowania zabiegów medycznych*, Poznań 2013.
75. Kaniuk E. A., *Eugenika w doktrynie nazizmu*, Acta Universitatis Lodziensis. Folia Historica, 2013, nr 90.
76. Karnat J., *Komentarz do art. 157 k.k* [w:] B. Gadecki (red.) Kodeks karny. Art. 1-316. Komentarz, Warszawa 2023, Legalis el.
77. Kevles D. J., *Eugenics and human rights*, *BMJ 199*, nr *319*(7207).
78. Kędziora R., *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznej,* Warszawa 2009.
79. Kluza J., Sączek K., *Przepisy karne w kulturze masowej a kontratyp sztuki, czyli gdzie leży granica między sztuką a pornografią?* „Rynek–Społeczeństwo–Kultura. Numer specjalny" 2017, nr 26.

80. Knöpfel S., Hoffmann K., A*ntykoncepcja – jaką metodę powinnam wybrać?*, Z. Zdrojewicza (red.), Wrocław 2008.
81. Kohls F., Kuehnle E., Brodowski L., Staboulidou I., *Female sterilization as a method of contraception: women's acceptance and knowledge - a review*, "Medical Research Archives" 2017, vol. 5.
82. Kokot R., *Komentarz do art. 152* [w:] R.A. Stefański, *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2023, Legalis el.
83. Kokot R., *Komentarz do art. 152* [w:] R.A. Stefański, *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2018.
84. Konarska-Wrzosek V., *Komentarz do art. 151* [w:] A. Lach, J. Lachowski, T. Oczkowski, I. Zgoliński, A. Ziółkowska, V. Konarska-Wrzosek, *Kodeks karny. Komentarz, wyd. III*, Warszawa 2020.
85. Kopeć M., *Komentarz do art. 4* [w:] M. Kopeć (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2016.
86. Kotzbach R., Kotzbach M., *Niektóre współczesne problemy prokreacji*, „Postępy andrologii On Line" 2014 nr 1.
87. Kowalewska-Łaguna M., *Dobrowolna sterylizacja w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, PiP 2014, nr 1.
88. Krajewski R., *Kontratypy weselne*, „Palestra" 2014, nr 5-6.
89. Krok E.*, Budowa kwestionariusza ankietowego a wyniki badań*, „Zeszyty naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Informatica" 2015, nr 37.
90. Królikowski M., *Komentarz do art. 156 K.K*. [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), Kodeks karny. Część szczególna. Tom I. Komentarz. Art. 117-221, Warszawa 2017.
91. Królikowski M., Zawłocki R., *Komentarz do art. 192* [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki, Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Komentarz do art. 117-221, 2023, Legalis el.
92. Królikowski M., Zawłocki R., *Prawo karne*, Warszawa 2020.
93. Królikowski M., *Komentarz do art. 153* [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki, Kodeks karny. Część Szczególna. Tom II. Komentarz do art. 117-221, Legalis el.
94. Kubiak R., *Broadening the operative field: the extent of surgery beyond the patient`s informed consent (the so-called therapeutic exception)*. Anaesthesiol Intensive Ther 2018, vol. 50, no 4, 311–318, doi: 10.5603/AIT.2018.0038.
95. Kubiak R.*, Legalność pierwotna ryzyka sportowego*, „Prokuratura i Prawo" 2006, nr 12.

96. Kujawski R., *Polskie środowisko neuropsychiatryczne wobec ustaw sterylizacyjnych w latach trzydziestych XX wieku*, Psychiatria Polska 2014, nr 48(1).
97. Kulik T., Pacian A., *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2014.
98. Kupis Ł., *Wazektomia jako metoda antykoncepcji dla mężczyzn i jej odwrócenie*, „Przegląd Urologiczny" 2015, nr 3(91).
99. Kvale S., *Prowadzenie wywiadów,* Warszawa 2010.
100. Lachowski J., *Inne kontratypy* [w:] L. Paprzycki, System Prawa Karnego. Tom 4. Nauka o przestępstwie. Wyłączenie i ograniczenie odpowiedzialności Karnej, Warszawa 2016.
101. Lis W., *Zgoda pacjenta na czynność medyczną w polskim porządku prawnym*, Zeszyty Naukowe KUL 2018, nr 3 (243).
102. Liszewska A., *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 65-88; T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie*, Warszawa 2013.
103. Liszewska A., *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce*, Kraków 1998.
104. Łastowski K., *Dwieście lat idei ewolucji w biologii. Lamarck – Darwin – Wallace*, Kosmos 2009, nr 3-4.
105. Madajczyk P., *Marzenie o narodzie doskonałym. Między biopolityką a enopolityką*, Warszawa 2017.
106. Majewski J., *Okoliczności wyłączające bezprawność czynu a znamiona subiektywne*, Warszawa 2013.
107. Makarewicz J., *Prawo karne. Wykład porównawczy z uwzględnieniem prawa obowiązującego w Rzeczypospolitej Polskie*, Lwów-Warszawa 1924.
108. Malczewska M., *Komentarz do art. 31* [w:] E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2022.
109. Mana-Walasek S., *Status prawny zabiegów trwałej antykoncepcji*, niepublikowana praca doktorska, Uniwersytet Warszawski 2020.
110. Marek A., *Prawo karne*, Warszawa 2011.
111. Martitusa G., *Operacje ginekologiczne*, Wrocław 2000.
112. Meisenbacher K., *Antykoncepcja. Metody, zastosowanie, poradnictwo*, T. Pertyńskiego, T. Zyssa (red.), Wrocław 2008.
113. Mielnik Z., *Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu w ujęciu nowego kodeksu karnego*, „Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny" 1997, z. 4.

114. Mozgawa M. [w:] M. Mozgawa (red.), *Prawo karne materialne. Część ogólna*, Warszawa 2016.

115. Musielak M., *Sterylizacja ze względów eugenicznych w Stanach Zjednoczonych, Niemczech i w Polsce (1899-1945)*, Poznań 2008.

116. Najda J., *Z problematyki legalności zabiegów lekarskich na tle okoliczności wyłączających bezprawność czynu*, Przegląd Prawa i Administracji, Wrocław 1995, t. XXXII.

117. Oszukowska E., Słowikowska-Hilczer J., Wolski J. K., Kula P., Sosnowski M., Kula K., *Chirurgia w andrologii*, „Chirurgia Polska" 2006, nr 8.

118. Patora K., *Pojęcie „bezprawności" w różnych gałęziach prawa*, Prok.i Pr. 2018, nr 10,

119. Pawłowicz J. J., *Wazektomia – metoda „antykoncepcji" czy okaleczanie mężczyzn?, „*Teologia i moralność" 2010, tom 8.

120. Piątkowska K., O rzekomym kontratypie karcenia w celach wychowawczych, WSE 2017, Nr 11.

121. Płatek M., *W stronę matki – ustawa o planowaniu rodziny* [w:] *Prawa człowieka wobec rozwoju biotechnologii*, red. J. Kondratiewa-Bryzik, K. Sękowska-Kozłowska, Warszawa 2013.

122. Pływaczewski E. W., Jurgielewicz-Delegacz E., *Teorie kryminologiczne* [w:] E. W. Pływaczewski, S. Redo, E. M. Guzik-Makaruk, K. Laskowska, W. Filipkowski, E. Glińska, E. Jurgielewicz-Delegacz, M. Perkowska, *Kryminologia. Stan i perspektywy rozwoju,* Warszawa 2019.

123. Prętki K., Problematyka przerywania ciąży, sterylizacji i kastracji w ujęciu Wiktora Grzywno-Dąbrowskiego (1885-1968) [w:] A. Szlagowska, Problemy zdrowia reprodukcyjnego kobiet. Tom 3. Zdrowie reprodukcyjne w kontekście zmian społeczno-kulturowych na przestrzeni wieków, Wrocław 2020.

124. Pringle H., *Plan rasy panów. Instytut Himmlera a Holocaust*, Poznań 2009.

125. Rzepa T., Żaba R., *Leon Wernic jako zwolennik i propagator eugeniki*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii" 2013, nr 22(1).

126. Seiterle S.S., *Hipotetyczna zgoda pacjenta na zabieg medyczny w niemieckim prawie karnym – skuteczny środek ograniczenia odpowiedzialności karnej*, [w:] E. Hryniewicz, M. Małolepszy (red.), *Karne aspekty spowodowania uszczerbku na zdrowiu w prawie niemieckim, polskim i austriackim*, Poznań 2013.

127. Seperoff L., Darney P. D., *Antykoncepcja*, Kraków 2013.

128. Siemaszko A., M*etodologiczne problemy badań typu self-report*, „Archiwum kryminologii" 1988, T. XV.

129. Sioma-Markowska U., Żur A., Skrzypulec-Plinta V., Machura M., Czajkowska M., *Causes and frequency of tacophobia – own experiences*, „Ginekologia Polska" 2017, nr 5.

130. Słoniowska A., *Recepcja i rozwój idei eugenicznej na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, „Studia Ecologiae et Bioethicae" 2012, nr 10/4.

131. Snarski R., *Dopuszczalność dobrowolnej sterylizacji – uwagi na tle prawnoporównawczym*, „Przegląd Prawniczy Uniwersytetu Warszawskiego" 2015, nr 2.

132. Snarski T., *Tryptyk na rzecz kontratypów pozaustawowych w polskim prawie karnym. Profesorowi Jarosławowi Warylewskiemu in memoriam* [w:] W. Zalewski, J. Potulski, T. Snarski, Zbrodnia i kara. Refleksje o przeszłości, teraźniejszości i przyszłości prawa karnego. Księga upamiętniająca Profesora Jarosława Warylewskiego, Gdańsk 2022.

133. Sobczak J., *Granice prowokacji artystycznej a wolność wypowiedzi*, A. Liszewska., J. Kulesza (red.), *Pro dignitate legis et maiestate iustitiae: Księga jubileuszowa z okazji 70. rocznicy urodzin Profesora Witolda Kuleszy*, Łódź 2020, s. 645.

134. Sobczak J., *Tajemnica lekarska w obliczu zmian*, *„*Medycyna i Prawo" 2017, nr 9.

135. Sośniak M., *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1977.

136. Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2015 roku ustawy z 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, VIII kadencja, druk sejm. nr 1253.

137. Stachura I., *Karcenie wychowawcze i ryzyko sportowe. Próba analizy statusu normatywnego wybranych kontratypów pozaustawowych*, „Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych" 2007, z. 2.

138. Strządała A., *Od Galtona do Watsona. Przemiany pojmowania eugeniki w XIX i w XX wieku*, Opole 2010.

139. Sugalska I., *Eugenika. W poszukiwaniu istoty niemieckiego totalitaryzmu*, Poznań 2015.

140. Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice 2020.

141. Szybalski W., *Rewolucja genetyczna na przełomie XX i XXI wieku*, Kosmos 2000, nr 43.
142. Szymańczak J., *Zdrowie publiczne – element systemu ochrony zdrowia* [w:] G. Ciura (red.), Zdrowie Polaków, „Studia Biura Analiz Sejmowych" 2009, nr 4(20).
143. Śliwowski S., *Polskie prawo karne materialne. Część ogólna*, Warszawa 1946.
144. Świderska M., Zgoda Pacjenta na zabieg medyczny", Toruń 2007.
145. Świrski I., *Zagadnienie sterylizacji*, Włocławek 1934.
146. Tokarczyk R., *Prawa narodzin, życia i śmierci,* Warszawa 2012.
147. Tuleja P. [w:] P. Czarny, M. Florczak-Wątor, B. Naleziński, P. Radziewicz, P. Tuleja, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, wyd. II*, LEX/el. 2021, art. 31.
148. Ulsenheimer K., *Arztstrafrecht in der Praxis*, 3. Auflage, Müller Verlag, Heidelberg 2003.
149. Uścimiak, S. *Kontratyp ryzyka sportowego w polskim prawie karnym*, Prokuratura i prawo 2022, nr 5.
150. Vachev V., *Rozwój instytucji zgody dysponenta dobrem i jej miejsce w strukturze przestępstwa*, „Internetowy przegląd Prawniczy TBSP UJ" 2015, nr 1.
151. van Seeters J.A. H., Chua S. J., Mol B.W.J., Koks C. A.M., *Tubal anastomosis after previous sterilization: a systematic review*, „Human Reproduction Update" 2017, vol. 23.
152. Vetulani J., *Kiedy emocje kłócą się z rozsądkiem. Zachowania korzystne dla gatunku, budzące zastrzeżenia moralne. Część I. Eugenika*, Wszechświat. Pismo przyrodnicze 2016, nr 117.
153. Wąsek A., *Czy dobrowolna sterylizacja jest przestępstwem?*, Państwo i prawo 1988, nr 8 (510).
154. Widłak T., *Interpretacja klauzuli „Aktualna wiedza medyczna" w polskim prawie – zarys zagadnień epistemologicznych i metodologicznych*, „Gdańskie Studia Prawnicze" 2017, t. 28.
155. Wiśniewski W., *Wpływ sposobu stawiania pytań w ankiecie na rodzaj odpowiedzi,* „Studia socjologiczne" 1963, nr 4.
156. Włodarczyk-Madejska J., Ostaszewski P., Klimczak J., Siemaszko A., *Ogólnopolskie Badanie Wiktymizacyjne 2020. Raport z badania*, Warszawa 2020.
157. Wojewoda E., *Prawnokarne i kryminologiczne aspekty* medycznie wspomaganej prokreacji, Białystok 2019.

158. Wolter W., *Nauka o przestępstwie*, Warszawa 1973.

159. Wróbel W., Zoll A., *Polskie prawo karne. Część ogólna*, Kraków 2014.

160. Wrześniewska-Wal I., *Odpowiedzialność lekarza w orzecznictwie sądów lekarskich*, Warszawa 2020.

161. Zabłotniak R., *Dzieje Polskiego Towarzystwa Eugenicznego*, Kwartalnik Historii Nauki i techniki 1971, nr 16/4.

162. Zając D., *Zgoda dzierżyciela dobra prawnego na zachowanie ryzykowne jako okoliczność wylewająca na zakres odpowiedzialności karnej*, „Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych" 2018, nr 2.

163. Zalewski W., *Zgoda pokrzywdzonego. O postulacie kodyfikacji kontratypu* [w:] W. Zalewski, J. Potulski, T. Snarski, *Zbrodnia i kara. Refleksje o przeszłości, teraźniejszości i przyszłości prawa karnego. Księga upamiętniająca Profesora Jarosława Warylewskiego*, Gdańsk 2022.

164. Zaręba Bielawski M., *Higieniści. Z dziejów eugeniki*, Wołowiec 2011.

165. Zielińska E., Namysłowska-Gabrysiak B., *Komentarz do art. 4* [w:] E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2022.

166. Zielińska E., *Ochrona zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego oraz praw z nim związanych*, [w:] M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska (red.), Regulacja prawna czynności medycznych, t. 2, cz. 2, seria: System Prawa Medycznego, Warszawa 2019.

167. Zielińska E., *Sterylizacja na życzenie do celów antykoncepcji w świetle przepisów prawa medycznego i deontologii lekarskiej* [w:] M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska *(red.) System Prawa Medycznego. Tom II. Część 2. Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019.

168. Zielińska E., *Warunki* dopuszczalności *zabiegów* sterylizacji, „Państwo i Prawo" 1985, nr 9.

169. Ziembiński Z., *Zarys zagadnień etyki*, Poznań-Toruń 1994.

170. Złotek A., *Charakter prawny zabiegu leczniczego – zarys problemu*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych" 2010, z. 2.

171. Zoll A., *Kodeks karny, Komentarz. Część szczególna,* t. 2, Kraków 2006.

172. Zoll A., *Komentarz do art. 151 k.k.* [w:] W. Wróbel, A. Zoll (red.) *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a*, Warszawa 2017.

173. Zoll A., *Komentarz do art. 156 K.K.* [w:] W. Wróbel, A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a,* Warszawa 2017.

174. Zoll A., *O normie prawnej z punktu widzenia praw karnego*, „Krakowskie studia Prawnicze" 1990, nr XXIII.
175. Zoll A., *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Warszawa 1988.
176. Zoll A., *Odpowiedzialność karna za niepowodzenie w leczeniu*, Warszawa 1988.
177. Zoll A., *Uwagi o charakterze prawnym stanu wyższej konieczności,* SI 1994, nr 21.

Akty prawa polskiego:

Archiwalne:

1. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 roku Kodeks karny, Dz.U. z 1932 roku nr 60, poz. 571.
2. Dekret z dnia 26 października 1950 roku o podatku dochodowym, Dz.U. nr 49, poz. 450.

Obowiązujące:

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. 1997 nr 78, poz. 483 ze zm.
2. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny, Dz.U. 1964 nr 16 poz. 9, t.j. Dz. U. 2024 poz. 1061, 1237.
3. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 roku Kodeks karny, Dz.U. 1969 nr 13 poz. 94.
4. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1992 roku o trybie przygotowania i chwalenia Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 1992 nr 67 poz. 336 ze zm.
5. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży, Dz.U. 1993 nr 17 poz. 78 ze zm.
6. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535 ze zm., t.j. Dz. U. 2024 poz. 917.
7. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152 ze zm., t.j. Dz. U. 2024 poz. 1287.
8. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny, Dz.U. 1997 nr poz. 553 ze zm.

9. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. 2005 nr 169 poz. 1411 ze zm., t.j. Dz. U. 2023 poz. 1185.
10. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich Dz. U. 2009 nr 219 poz. 1708 ze zm. t.j. Dz. U. 2021 poz. 1342, z 2023 roku poz. 1234.
11. Ustawa z dnia 25 czerwca 2010 roku o sporcie, Dz.U. 2010 nr 127 poz. 857 ze zm., t.j. Dz. U. 2024 poz. 1488.
12. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654.
13. Ustawa z dnia 12 maja 2011 o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz.U. 2019 roku poz. 784 ze zm.

Akty prawa obcego:

1. Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933, RGBl. I 1933 (Ustawa z dnia 14 lipca 1933 roku o ochronie przed potomstwem dziedzicznie chorym, Dz. U. Rzeszy Niemieckiej, cz. I, 1933 r.).
2. Lag om sterilisering, SFS 1934:171 (Ustawa o sterylizacji z dnia 18 maja 1934 r., Dz. U. Królestwa Szwecji nr 171 z 1934 r.).
3. Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch – StGB), StF: BGBl. Nr 60/1974 (Ustawa federalna z dnia 23 stycznia 1974 roku o czynach karalnych przez sąd – Kodeks karny, Dz. U. Austrii nr 60 z 1974 r.).
4. Steriliseringsloven, lov av 3. juni 1977 nr 57 (Ustawa o sterylizacji z dnia 3 czerwca 1977 r., nr 57).
5. Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322) (Kodeks karny, Dz. U. Republiki Federalnej Niemiec z 1998 r., nr 3322).
6. Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, sprost. S. 2909, 2003, S. 738) (Kodeks cywilny, Dz. U. Republiki Federalnej Niemiec z 2002 r., nr 42).
7. Straffeloven, lov av 20. mai 2005, publisert i Norsk Lovtidend (Norweski kodeks karny, ustawa z dnia 20 maja 2005 r., opublikowana w Dzienniku Ustaw Norwegii).

8. Zákon o specifických zdravotních službách, č. 373/2011 Sb. (Ustawa o szczególnych usługach zdrowotnych, Dz. U. Republiki Czeskiej nr 373 z 2011 r.). č. 373/2011 Sb.

Akty prawa międzynarodowego:

1. Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., Dz.U. 1993 nr 61 poz 284 ze zm.
2. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477.

Orzecznictwo:

1. Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 8 listopada 2011 r., 18968/07, V.C. v. SŁOWACJA, LEX nr 1001108.
2. Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 20 września 2022 roku 43399/13, Y.P. v. ROSJA, LEX nr 3405393.
3. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 maja 1997 r., sygn. akt K 26/96.
4. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 6 lipca 1999 roku sygn. akt P 2/99.
5. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 lipca 2000 r., sygn. akt. SK21/99.
6. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 4 kwietnia 2001 r., sygn. akt K 11/00.
7. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 lipca 2002 r., sygn. akt. U 7/01
8. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r., sygn. akt K 1/20.
9. Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 25 września 1991 r, S 6/91 nr 10099, Legalis el.
10. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 lutego 2000 r., sygn. akt V KKN 137, OSNKW 2000, nr 3-4, poz. 31.
11. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 roku sygn. akt III CSK 227/11, LEX nr 1211885.
12. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2024 r., sygn. akt II CK 303/04.
13. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 marca 2005 r., sygn. akt I ACa 78/04, PiM 2007/2/138.
14. Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 15 listopada 2021 roku sygn. akt I ACa 596/12.

15. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 2 lipca 2020 r., sygn. akt VII SA/Wa 692/20.

Źródła internetowe:

1. „Nie może być tak, że odbierają nam wolność". Protesty w większych polskich miastach i małych miasteczkach, https://tvn24.pl/polska/wyrok-tk-w-sprawie-aborcji-protesty-strajku-kobiet-w-polsce-29-stycznia-5003380 [dostęp: 20.01.2024].
2. A jeżeli zmieni się moja sytuacja życiowa i będę chciał mieć dzieci? Czy wazektomia jest odwracalna? https://www.veritamed.com/aktualnosc/1142/Wazektomia-Bez-Skalpela-meska-antykoncepcja#9 [dostęp: 19.02.2024].
3. Bank nasienia, https://www.klinikainvicta.pl/wspieranie-plodnosci/bank-nasienia/ [dostęp: 1.06.2022].
4. Biopsja jądra, https://www.invimed.pl/biopsja-jadra [18.06.2022].
5. Blog bezdzietnik, https://www.bezdzietnik.pl/ [dostęp: 30.03.2024].
6. Butler D., *Eugenics scandal reveals silence of Swedish scientists*, https://www.nature.com/ [dostęp: 7.05.2021].
7. Centrum Badania Opinii Społecznej, Opinie o dobrowolnej sterylizacji, sygn. BS/79/2002, Warszawa 2002, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2002/K_079_02.PDF [Dostęp 01.09.2024].
8. *Chciała mieć czarne gałki oczne. Tatuażysta z Warszawy skazany* https://www.rp.pl/prawo-karne/art37689841-chciala-miec-czarne-galki-oczne-tatuazysta-z-warszawy-skazany [dostęp: 1.07.2022].
9. Chentkiewicz W., *Jak zostać lekarzem?* https://praca.money.pl/kariera/rekrutacja/jak-zostac-lekarzem-6275555722864769a.html [dostęp: 12.05.2023].
10. Chojnowska A., *Wazektomia – na czym polega i czy jest odwracalna*, https://www.e-zikoapteka.pl/artykuly/wazektomia-na-czym-polega-i-czy-jest-odwracalna.html [dostęp: 20.02.2024].
11. Chruścińska M., *Wazektomia: wszystko co musimy o niej wiedzieć (cena, działania, czy jest odwracalna?),* https://dimedic.eu/pl/wiedza/wazektomia-cena-opinie-co-to-czy-jest-odwracalna [dostęp: 19.01.2020].
12. Chwałka Niematka, *Dlaczego sterylizację antykoncepcyjną należy uznać za zgodną z prawem?,* https://www.bezdzietnik.pl/blog/2020/12/10/dlaczego-sterylizacje-antykoncepcyjna-nalezy-uznac-za-zgodna-z-prawem/ [dostęp: 30.03.2024].

13. Czy wazektomi jest legalna? https://kopoczynski.pl/czy-wazektomia-jest-legalna/ [dostęp: 18.01.2024].
14. Czy wazektomia jest dla mnie dobrym rozwiązaniem? https://www.veritamed.com/aktualnosc/1142/Wazektomia-Bez-Skalpela-meska-antykoncepcja#10 [dostęp: 19.02.2024].
15. Czy wazektomia jest legalna – co grozi lekarzowi? https://pwadwokat.pl/czy-wazektomia-jest-legalna-co-grozi-lekarzowi/ [dostęp: 18.01.2024].
16. *Czym jest wazektomia?* https://www.wazektomia.com/czym-jest-wazektomia [dostęp: 10.11.2021].
17. *Desk resartch w Encyklopedii zarządzania*, https://mfiles.pl/pl/index.php/Desk_research [dostęp: 14.02.2024].
18. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung-Reprästentativbefragung, *Verhütungsverhalten Erwachsener 2023*, https://www.sexualaufklaerung.de/forschungsergebnis/verhuetungsverhalten-erwachsener-2023/ [dostęp: 26.08.2024].
19. *Die Sterilisation der Frau*, https://www.familienplanung.de/verhuetung/verhuetungsmethoden/sterilisation/sterilisation-der-frau/ [dostęp: 15.02.2022].
20. Dobroński P., Czaplicki M., *Odwrócenie ciągłości nasieniowodów (vosovasostomia) z użyciem okularów operacyjnych o trzykrotnym powiększeniu*, Urologia Polska 2004, nr 57, http://www.urologiapolska.pl/artykul.php?194 [dostęp: 19.01.2022].
21. Drelich E., *Wazektomia – co to jest i kto może ją zastosować?,* https://www.nowafarmacja.pl/blog/wazektomia-co-to-jest-i-kto-moze-ja-zastosowac [dostęp: 20.02.2024]
22. Female genital mutilation (FGM), WHO, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112328/WHO_RHR_14.12_eng.pdf [dostęp: 26.08.2024].
23. Grzelak K., *Turystyka sterylizacyjna to fakt. „Nie chcę mieć dzieci, bo wiem, że nie będę dobrą matką”* https://mamadu.pl/135701,sterylizacja-w-polsce-jest-nielegalna-kobiety-musza-jezdzic-za-granice, [dostęp: 28.02.2024].
24. Helsedirektoratet (2018). § 6. Steriliseringsråd og steriliseringsnemnd [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 22. november 2018, [https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/steriliseringsloven-med-

kommentarer/sterilisering/6-steriliseringsrad-og-steriliseringsnemnd, [dostęp: 1.09.2024]

25. http://jrudzinski.com/page/index.php/pl/ [dostęp: 20.02.2024].
26. https://aborcja-czechy-klinika-ginekologiczna.webflow.io/, [dostęp: 20.02.2024]. https://klinikacentrum.eu/cennik/, [dostęp: 20.02.2024].
27. https://jolantajakubowska.pl/co-to-wazektomia-odwracalna-metoda-antykoncepcji-dla-mezczyzn/, [dostęp: 19.02.2024].
28. https://klinikacentrum.eu/kontakt/, [dostęp: 20.02.2024].
29. https://klinikamelitus.pl/urologia/wazektomia/, https://wazektomia-poznan.com.pl/kontakt/, [dostęp: 19.02.2024].
30. https://sterylizacjakobiet.sk/?gclid=CjwKCAiA29auBhBxEiwAnKcSquFr_BvpfjhbyJ, [dostęp: 20.02.2024].7A4g1imQ9Ru1d2YQO8yJcCTzU-n7o5rwQpG4FrKxoC6sYQAvD_BwE, [dostęp: 20.02.2024].
31. https://wazektomia.warszawa.pl/nieprawidlowe-lub-nieprecyzyjne-okreslenia-wazektomii/, [dostęp: 19.02.2024].
32. https://www.berlin-vasektomie.de/pl/czym-jest-wazektomia/index.php, https://www.wazektomia.com/e5-czy-wazektomia-to-sterylizacja, https://www.veritamed.com/aktualnosc/1142/Wazektomia-Bez-Skalpela-meska-antykoncepcja [dostęp: 19.02.2024].
33. https://www.czechy-aborcja.pl/, [dostęp: 20.02.2024].
34. https://www.dcg.wroclaw.pl/zabiegi/wazektomia-wroclaw/, https://dimedic.eu/pl/wiedza/wazektomia-cena-opinie-co-to-czy-jest-odwracalna, https://glivclinic.pl/zabiegi/nowoczesna-wazektomia-alternatywa-dla-trwalej-sterylizacji-mezczyzn/, [dostęp: 19.02.2024].
35. https://www.ginekologia-schwedt.pl/,[dostęp: 20.02.2024].
36. https://www.giniklinik.sk/sluzby-kliniky/sterylizacja-kobiet [dostęp: 20.02.2024].
37. https://www.gynmeda.com/laparoskopia-w-czeskiej [dostęp: 20.02.2024].
38. https://www.mediklinik.sk/pl/sekcja/32-ginekologia-sterylizacja-kobiet, [dostęp: 20.02.2024].
39. Jak wazektomia wpływa na życie seksualne – książka o Wazektomii, https://www.wazektomia.com/ksiazka-15-wazektomia-a-seks [dostęp: 18.06.2022].
40. Jastrzębska E., Kropiewnicka-Buczek K., *Prezerwatywa – charakterystyka, historia, skuteczność, rodzaje, wady i zalety*, https://portal.abczdrowie.pl/wady-i-zalety-prezerwatywy [dostęp: 10.11.2021].

41. Jelonek Ł., *Ewa Chodakowska stanowczo o bezdzietności: :zmuszanie kobiet do macierzyństwa, wywieranie na nich presji, jest okrutne*" https://www.glamour.pl/artykul/ewa-chodakowska-stanowczo-o-bezdzietnosci-zmuszanie-kobiet-do-macierzynstwa-wywieranie-na-nich-presji-jest-okrutne-221111014521#Ewa+Chodakowska+zabiera+g%C5%82os+w+sprawie+%C5%9Bwiadomej+bezdzietno%C5%9Bci [dostęp: 12.02.2024].
42. K. Pilawska-Mazurek, *Podwiązanie jajowodów – na czym polega? Czy w Polsce to legalne*?, https://www.hellozdrowie.pl/podwiazanie-jajowodow-na-czym-polega-zabieg-chirurgicznej-sterylizacji-i-jakie-sa-jego-skutki/ [dostęp: 21.02.2024].
43. Kałwa D., *Bezdzietność jako wybór- gwiazdy, które świadomie rezygnują z bycia rodzicami,* https://www.glamour.pl/artykul/bezdzietnosc-jako-wybor-gwiazdy-ktore-zdecydowaly-sie-nie-byc-rodzicami-210813031139#%E2%80%9CZ+czasem+ci+si%C4%99+zmieni%E2%80%9D+%E2%80%93+o+presji+spo%C5%82ecze%C5%84stwa [Dostęp: 13.02.2024].
44. Kapuśniak A., *Podwiązanie jajowodów – wskazania, metody wykonywania, powikłania*, https://wylecz.to/antykoncepcja/podwiazanie-jajowodow/ [dostęp: 21.02.2024].
45. Kodeks Etyki Lekarskiej, http://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej [dostęp: 14.02.2022].
46. Komorowska-Bednarek H., *Gniezno. Minął rok od gali Punchdown 5. Artur Walczak doznał na niej śmiertelnych obrażeń. Co dalej ze śledztwem?* https://gniezno.naszemiasto.pl/gniezno-minal-rok-od-gali-punchdown-5-artur-walczak-doznal/ar/c14-9054481 [dostęp: 1.07.2023].
47. Kurowska I., *Czym jest antykoncepcja awaryjna i jak działa tabletka „dzień po"?*, https://www.apteka-melissa.pl/blog/artykul/czym-jest-antykoncepcja-awaryjna-i-jak-dziala-tabletka-dzien-po,650.html [dostęp: 14.02.2022].
48. Kurowska I., *Wazektomia (podwiązanie nasieniowodów) – na czum polega zabieg i czy ta metoda antykoncepcji dla mężczyzn jest bezpieczna*, https://www.aptekaolmed.pl/blog/artykul/wazektomia-podwiazanie-nasieniowodow-na-czym-polega-zabieg-i-czy-ta-metoda-antykoncepcji-dla-mezczyzn-jest-bezpieczna,349.html [dostęp: 20.02.2024].
49. M. Chruścińska, *Podwiązanie jajowodów – czy ta metod antykoncepcji jest nieodwracalna?,* https://dimedic.eu/pl/wiedza/podwiazanie-jajowodow-czy-ta-metoda-antykoncepcyjna-jest-nieodwracalna [dostęp: 21.02.2024].

50. *Menopauza – objawy, leczenie, w jakim wieku występuje*, https://zdrowegeny.pl/poradnik/menopauza [dostęp: 28.04.2024].
51. Męska antykoncepcja, https://www.kulturamody.pl/2023/09/21/meska-antykoncepcja/ [dostęp:20.02.2024].
52. Mikołajewska M., *Jak zmienia się płodność kobiet wraz z wiekiem? Lekarz: jest punkt, w którym wyraźnie spada*, https://www.medonet.pl/ciaza-i-dziecko,plodnosc-kobiety--wiek--leczenie-nieplodnosci--in-vitro--wywiad-z-ginekologiem,artykul,17704874.html [dostęp: 28.04.2024].
53. *Miktochirurgiczna ekstrakcja plemników z jądra – Micro-TESE*, https://gameta.pl/leczenie-nieplodnosci/mikrochirurgiczna-ekstrakcja-plemnikow-z-jader-micro-tese/ [17.06.2022].
54. Minimalne wynagrodzenie, https://lipsko.praca.gov.pl/stawki-kwoty-wskazniki-wynagrodzenie-minimalne/-/asset_publisher/g73jnXue12dM/content/2793515-wynagrodzenie-minimalne/pop_up?_101_INSTANCE_g73jnXue12dM_viewMode=print, https://wskazniki.gofin.pl/8,126,1,przecietne-wynagrodzenie-za-lata-od-1950-r-do-2022-r.html [dostęp: 31.01.2024]
55. Miotk A., *Desk research co to jest – więcej o metodzie badawczej,* https://annamiotk.pl/desk-research-co-to-jest-wiecej-o-metodzie-badawczej/ [dostęp:14.02.2024].
56. *Na czym polega wazektomia?,* https://www.medicover.pl/szpital/wazektomia-warszawa/ [dostęp: 19.01.2022].
57. Nowak I., *Spirala antykoncepcyjna – skuteczność, wady, skutki uboczne,* https://www.heydoc.pl/s/article/Spirala-antykoncepcyjna-skutecznosc-wady-skutki-uboczne [22.02.2022].
58. Nowak I., *Sterylizacja chirurgiczna u kobiet i mężczyzn – na czym polega?* https://www.heydoc.pl/s/article/Sterylizacja-chirurgiczna-u-kobiet-i-mezczyzn-na-czym-polega [dostęp:18.02.2022].
59. Nowak I., *Tabletki wczesnoporonne a tabletka „dzień po" – dostępność, rodzaje i działanie,* https://www.heydoc.pl/s/article/Tabletki-wczesnoporonne-a-tabletka-dzien-po-dostepnosc-rodzaje-i-dzialanie [dostęp:1.06.2022].
60. Nowak K., *Jeżdżą do Czech i na Słowację na zabieg sterylziacji. „U nas nie wolno", „Zapotrzebowanie wyraźnie wzrosło",*

https://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/7,114883,26795376,jezdza-do-czech-i-na-slowacje-na-zabieg-sterylizacji-u-nas.html [dostęp: 28.02.2024].

61. Nowoczesna wazektomia – alternatywa dla trwałej sterylizacji mężczyzn, https://glivclinic.pl/zabiegi/nowoczesna-wazektomia-alternatywa-dla-trwalej-sterylizacji-mezczyzn/ [dostęp: 19.02.2024].
62. Opinie o dobrowolnej sterylizacji. Komunikat z badań, Warszawa 2002, https://cbos.pl/ [dostęp: 01.06.2020].
63. Opolska K., *„W Polsce nie będę ryzykować". Dlaczego Polki decydują się na sterylizację,* https://kobieta.onet.pl/wiadomosci/w-polsce-nie-bede-ryzykowac-dlaczego-polki-decyduja-sie-na-sterylizacje/cs9q54b [dostęp 28.02.2024].
64. Orłowski M., *Lewica chce legalnej sterylizacji dla kobiet i mężczyzn. „Biskupom i prokuratorom nic do tego"*, https://www.newsweek.pl/polska/polityka/wanda-nowicka-lewica-zlozyla-w-sejmie-projekt-ustawy-o-legalnej-sterylizacji-dla/ph19xm9, [dostęp: 1.07.2023].
65. Pawłowska D., Korzeniowska K., *Ślubu nie będzie. Liczba nowych maleństw spada, ale tych cywilnych już jest tyle samo co wyznaniowych*, https://biqdata.wyborcza.pl/biqdata/7,159116,29927201,slubu-nie-bedzie-liczba-nowych-malzenstw-spada-ale-tych-cywilnych.html [Dostęp: 21.04.2024].
66. Persona A., *Środki antykoncepcyjne dla mężczyzn – rodzaje i skuteczność*, https://upacjenta.pl/poradnik/srodki-antykoncepcyjne-dla-mezczyzn-rodzaje-i-skutecznosc [dostęp: 10.11.2021].
67. Piasecki M., *Wazektomia: na czym polega czy jest odwracalna, skutki uczone, skuteczność*, https://www.mp.pl/pacjent/urologia/338555,wazektomia-na-czym-polega-czy-jest-odwracalna-skutki-uboczne-skutecznosc, [dostęp:20.02.2024]
68. Piekara J., *„Męska pigułka" antykoncepcyjna coraz bliżej opracowania. Triponid pomyślnie przeszedł testy kliniczne*., https://www.doz.pl/czytelnia/a15886-Meska_pigulka_antykoncepcyjna_coraz_blizej_opracowania._Triptonid_pomyslnie_przeszedl_testy_przedkliniczne [dostęp: 10.11.2021].
69. Pilonis H., Wasilonek M., *Wazektomia – skuteczność, odwracalność i skutki uboczne zabiegu [WYJAŚNIAMY]*, https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,wazektomia---skutecznosc--odwracalnosc-i-skutki-uboczne-zabiegu,artykul,1677992.html, [dostęp: 20.02.2024].
70. Plesińska O., *Staranie się o dziecko po wazektomii*, https://invitroonline.pl/starania-o-dziecko-wazektomii/ [Dostęp: 19.01.2022].

71. Prostesty społeczne w dniu wyroku TS ws. aborcji. Policja podsumowała swe działania, https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protesty-w-dniu-wyroku-ws-aborcji-podsumowanie-ksp, [dostęp: 20.01.2024].
72. Pryga K., *Masowo rezygnują z religii w szkole .Część oddziałów w ogóle nie prowadzi takich lekcji*, https://edukacja.dziennik.pl/aktualnosci/artykuly/9349556,masowo-rezygnuja-z-religii-w-szkole-czesc-oddzialow-w-ogole-nie-prowa.html [dostęp: 13.02.2024].
73. Pudełko P., *Wazektomia: co to jest i jak przebiega zabieg podwiązania nasieniowodów*, https://enel.pl/enelzdrowie/planowanie-ciazy/wazektomia-co-to-jest-i-jak-przebiega-zabieg-podwiazania-nasieniowodow [dostęp: 20.02.2024].
74. *Raport „EPF's Contribution to the 30 Review of the ICPD Programme of Action in Europe", European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, Bruksela 2023, www.epfweb.org [dostęp: 05.01.2024]*
75. Rzeźniczak A., *Aleksandra Kwaśniewska o bezdzietności. „To nie zawsze kwestia świadomej decyzji"*, https://rozrywka.radiozet.pl/plotki/aleksandra-kwasniewska-o-bezdzietnosci-to-nie-zawsze-kwestia-swiadomej-decyzji [dostęp: 13.02.2024].
76. Siwik E., *Czy podwiązanie nasieniowodów i wazektomia to ten sam zabieg?,* https://wazektomiablog.com/czy-podwiazanie-nasieniowodow-i-wazektomia-to-ten-sam-zabieg/ [dostęp: 23.11.2021].
77. Siwik E., *Pytania i odpowiedzi dotyczące wazektomii część I,* https://wazektomiablog.com/pytania-i-odpowiedzi-dotyczace-wazektomii-czesc-i/#czy-skutecznosc-wazektomi-jest-natychmiastowa [dostęp: 8.05.2023].
78. Skrzypulec-Plinta V., Janas J., Zborowska K., *Dopochwowa terapia hormonalna zawierająca estriol – korzyści dla pacjentek*, https://www.forumginekologii.pl/artykul/dopochwowa-terapia-hormonalna-zawierajaca-estriol-korzysci-dla-pacjentek [dostęp: 18.12.2024]
79. Stanowisko nr 127/21/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 grudnia 2021 roku w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny, https://nil.org.pl/aktualnosci/5849-apel-i-stanowiska-podjete-przez-pnrl-w-dniu-22-grudnia-2021-r [dostęp: 18.01.2024].
80. Starzewski Ł., *Brak zgody podstawą karalności gwałtu. RPO postuluje zmianę definicji tego przestępstwa,* https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-ms-gwalt-definicja-karalnosc-swiadoma-zgoda [dostęp: 23.06.2023].

81. Status på steriliseringsfeltet – rapport fra Steriliseringsrådet for perioden 2018-2020, https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/status-pa-steriliseringsfeltet--rapport-fra-steriliseringsradet-for-perioden-2018-2020/sammendrag [dostęp: 1.09.2024].
82. Sterilisation der Frau, https://www.gesundheit.gv.at/leben/sexualitaet/verhuetung/verhuetungsmittel-methoden/sterilisation-frau.html [dostęp: 24.08.2024]
83. Steriliseringsloven med kommentarer, https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/steriliseringsloven-med-kommentarer/sterilisering#paragraf-2-alminnelige-vilkar-for-sterilisering [dostęp: 01.09.2024]
84. Steriliseringsloven med kommentarer, https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/steriliseringsloven-med-kommentarer/sterilisering#paragraf-2-alminnelige-vilkar-for-sterilisering [dostęp: 01.09.2024].
85. Sterilizace, https://www.antikoncepce.cz/sterilizace [dostęp: 28.11.2022].
86. *Sterylizacja chirurgiczna u kobiet i mężczyzn – na czym polega?,* https://www.heydoc.pl/sterylizacja-chirurgiczna-u-kobiet-i-mezczyzn-na-czym-polega/ [dostęp: 24.02.2024].
87. Straffeloven, https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28 [dostęp: 30.08. 2024].
88. Szafarowska M., *Podwiązanie jajowodów – na czym polega, wskazania, przeciwskazania, skutki uboczne*, https://portal.abczdrowie.pl/ktore-kobiety-moga-sie-poddac-zabiegowi-podwiazania-jajowodow [dostęp: 21.02.2024].
89. Szczerbiak A., *Polki wyjeżdżają z kraju, by poddać się sterylizacji*, https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1768232,1,polki-wyjezdzaja-z-kraju-by-poddac-sie-sterylizacji.read [dostęp: 21.02.2024].
90. Szczesiak H., Sterylizacja kobiet w Polsce to mit. Prawda o „turystyce sterylizacyjnej", https://kobieta.wp.pl/sterylizacja-kobieca-w-polsce-to-mit-prawda-o-turystyce-sterylizacyjnej-6309363214263937a [dostęp: 28.02.2024].
91. Święchowicz M., *Podwiązanie. Polki, które nie chcą dzieci, sterylizują się w klinikach za granicą. „Przyjeżdzają coraz młodsze". „Są niesamowicie zdeterminowane",* https://www.newsweek.pl/polska/spoleczenstwo/sterylizacja-i-wazektomia-gdzie-dokonac-sterylizacji-jesli-w-polsce-to-tylko-w/5cckbdl [dostęp: 28.02.2024].

92. *Wazektomia – 99.99% stateczności*, https://www.ckm.pl/m/seks/wazektomia-9999-skutecznosci,12928,a.html [dostęp: 20.02.2024]
93. Wazektomia – co to za zabieg?, https://meskimagazyn.pl/wazektomia-co-to-za-zabieg/ [dostęp: 20.02.2024].
94. *Wazektomia – co to?,* https://clinicadermatologica.pl/zabieg/wazektomia-trwala-antykoncepcja-dla-mezczyzn/ [dostęp: 03.01.2022].
95. *Wazektomia – podwiązanie nasieniowodów*, https://medifem.pl/urologia/wazektomia-meska-antykoncepcja/ [dostęp: 06.01.2022].
96. Wazektomia – wszystko co musisz o niej wiedzieć, https://menmagazine.pl/uncategorized/wazektomia-wszystko-co-musisz-o-niej-wiedziec/ [dostęp: 20.02.2024]
97. Wazektomia a prawo, https://www.wazektomia.com/prawo-a-wazektomia [dostęp: 18.01.2024].
98. *Wingsuiting (lub też wingsuit flying) – sport polegający na lataniu w powietrzu po skoku ze spadochronem w specjalnie przystosowanym do tego kombinezonie,* https://dictionary.cambridge.org/pl/dictionary/english/wingsuiting [dostęp: 3.07.2023].
99. *Zabiegi ginekologiczne*, https://www.klinika-ginekologiczna.com/zabiegi-ginekologiczne-cennik/ [dostęp: 15.02.2022].
100. Zabiegi laparoskopowe, https://szpital.medfemina.pl/zabiegi-laparoskopowe/ [dostęp:22.02.2022].
101. Žureková M., *Definitívna ochrana pred otehotnením. Čo treba vedieť o ženskej sterilizácii?*, https://zena.sme.sk/c/20524192/definitivna-ochrana-pred-otehotnenim-co-treba-vediet-o-zenskej-sterilizacii.html [dostęp: 28.11.2022].

Spis wykresów

Wykres nr 1. Urodzenia żywe według wieku matki w wybranych latach (w %) **168**

Wykres nr 2. Dzietność kobiet **169**

Wykres nr 3. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – stosunek ogółu społeczeństwa (badanie z 2002 r.). **174**

Wykres nr 4. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? (badanie z 2024 r.). **175**

Wykres nr 5. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn (badanie z 2024r.)? **176**

Wykres nr 6. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według płci (badanie z 2002 r.). **177**

Wykres nr 7. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według płci (badanie z 2024 r.). **178**

Wykres nr 8. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według płci (badanie z 2024 r.) **179**

Wykres nr 9. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według wieku (badanie z 2002 r.). **180**

Wykres nr 10. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według wieku (badanie z 2024 r.). **182**

Wykres nr 11. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według wieku (badanie z 2024 r.). **183**

Wykres nr 12. Czy dobrowolna sterylizacja jako metoda zapobiegania ciąży powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna: zarówno dla mężczyzn i kobiet? – odpowiedzi według miejsca zamieszkania (badanie z 2002 r.). **184**

Wykres nr 13. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według miejsca zamieszkania (badanie z 2024 r.). **185**

Wykres nr 14. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według miejsca zamieszkania (badanie z 2024 r.). **186**

Wykres nr 15. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według wykształcenia (badanie z 2002 r.). **187**

Wykres nr 16. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według wykształcenia (badanie z 2024 r.). **185**

Wykres nr 17. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według wykształcenia (badanie z 2024 r.). **188**

Wykres nr 18. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według grupy społeczno-zawodowej pracujących (badanie z 2002 r.). **189**

Wykres nr 19. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według statusu społeczno-zawodowego (badanie z 2024 r.). **190**

Wykres nr 20. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według statusu społeczno-zawodowego (badanie z 2024 r.). **191**

Wykres nr 21. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według grupy biernej zawodowo (badanie z 2002 r.). **192**

Wykres nr 22. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według miejsca pracy (badanie z 2002 r.). **193**

Wykres nr 23. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według dochodu netto na osobę w gospodarstwie domowym (badanie z 2002 r.). **194**

Wykres nr 24. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według miesięcznego dochodu netto na osobę w gospodarstwie domowym. Rok 2024. **195**

Wykres nr 25. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według miesięcznego dochodu netto na osobę w gospodarstwie domowym. Rok 2024. **196**

Wykres nr 26. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według oceny własnych warunków materialnych (badanie z 2002 r.). **197**

Wykres nr 27. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według oceny własnych warunków materialnych. Rok 2024. **198**

Wykres nr 28. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według oceny własnych warunków materialnych. Rok 2024. **199**

Wykres nr 29. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według udziału w praktykach religijnych (badanie z 2002 r.). **200**

Wykres nr 30 Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według udziału w praktykach religijnych. Rok 2024. **201**

Wykres nr 31. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według udziału w praktykach religijnych. Rok 2024. **202**

Wykres nr 32. Czy dobrowolna sterylizacja – jako metoda zapobiegania ciąży zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – powinna być dopuszczalna w Polsce czy też nie powinna? – odpowiedzi według poglądów politycznych. Rok 2002. **203**

Wykres nr 33. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla kobiet? – odpowiedzi według poglądów politycznych. Rok 2024. **204**

Wykres nr 34. Czy uważa Pan(i), że dobrowolna sterylizacja - jako metoda zapobiegania ciąży - powinna czy też nie powinna być dopuszczalna w Polsce: dla mężczyzn? – odpowiedzi według poglądów politycznych. Rok 2024. **205**

Wykres nr 35. Czy według Pana/Pani wiedzy dobrowolna sterylizacja kobiet jest w Polsce legalna? **228**

Wykres nr 36. Czy według Pana/Pani wiedzy dobrowolna sterylizacja mężczyzn jest w Polsce legalna? **229**

Wykres nr 37. Czy Pana/Pani zdaniem ryzyko związane z zabiegiem sterylizacji kobiet mieści się w granicach ryzyka nie większego od przeciętnego? **230**

Wykres nr 38. Czy Pana/Pani zdaniem ryzyko związane z zabiegiem sterylizacji mężczyzn mieści się w granicach ryzyka nie większego od przeciętnego? **231**

Wykres nr 39. Czy Pana/Pani zdaniem wykonując zabieg sterylizacji kobiet, lekarz może obawiać się odpowiedzialności karnej? **232**

Wykres nr 40. Czy Pana/Pani zdaniem wykonując zabieg sterylizacji mężczyzn, lekarz może obawiać się odpowiedzialności karnej? **233**

Wykres nr 41. Czy Pana/Pani zdaniem wykonując zabieg sterylizacji kobiet, lekarz może obawiać się odpowiedzialności dyscyplinarnej? **234**

Wykres nr 42. Czy Pana/Pani zdaniem wykonując zabieg sterylizacji mężczyzn, lekarz może obawiać się odpowiedzialności dyscyplinarnej? **235**

Wykres nr 43. Czy Pana/Pani zdaniem legalny dostęp do sterylizacji kobiet może pozytywnie wpłynąć na jakość życia pacjentów? **236**

Wykres nr 44. Czy Pana/Pani zdaniem legalny dostęp do sterylizacji mężczyzn może pozytywnie wpłynąć na jakość życia pacjentów? **237**

Wykres nr 45: Czy Pana/Pani zdaniem przy zabiegu sterylizacji kobiet istnieją przesłanki do powołania się na klauzulę sumienia? **238**

Wykres nr 46. Czy Pana/Pani zdaniem przy zabiegu sterylizacji mężczyzn istnieją przesłanki do powołania się na klauzulę sumienia? **239**

Wykres nr 48. Czy Pana/Pani zdaniem przy możliwości poddania się dobrowolnej sterylizacji powinny zostać wprowadzone jakieś warunki? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź) **240**

Wykres nr 49. W Polsce wykonywane są zabiegi sterylizacji męskiej. Czy Pana/Pani zdaniem brak jasnych regulacji prawnych dotyczących legalności zabiegu może wpływać na strach lekarza przed odpowiedzialnością karną i ograniczenie popularności jego wykonywania? **241**

Wykres nr 50. Czy według Pana/Pani dostęp do antykoncepcji w Polsce jest zapewniony na odpowiednim poziomie? (W odpowiedzi „inne" można podać postulowane zmiany) **242**

Wykres nr 51. Czy według Pana/Pani dostęp do antykoncepcji w Polsce jest na równym poziomie dla kobiet i mężczyzn? (W odpowiedzi „inne" można podać postulowane zmiany) **244**