

OD SYPIALNI DO SALI PORODOWEJ, CZYLI CZEMU NAS UBYWA?

Zaczynamy. Zabieramy się do pracy. Urlop załatwiony. Koniecznie podwójne łóżko z widokiem na morze. Pardon. Może już do tego doszło bez zapowiedzi? Na razie skupmy się jednak na przygotowaniach. Tak, to ciężka praca. Nie zawsze owulacja będzie się nam kojarzyć z miłosnymi uniesieniami. Te są najlepsze, gdy nie planujemy zajścia w ciążę. Ale co zrobić. W idealnym świecie jest tak: samiec i samica spotykają się w intymnym miejscu, aby rozpocząć stosunek płciowy. Chwila moment, a zaraz potem pojawia się cud życia. Różowy i ciepłutki.

W rzeczywistości zajście w ciążę jest znacznie trudniejsze. I to na wielu poziomach. Podstawowym problemem dla młodych par jest kwestia odpowiedniego momentu. Chodzi jednak nie o sam stosunek, który może być faktycznie dość przypadkowy, ale o świadome dopuszczenie myśli o prokreacji. Rozumianej nie jako seks, tylko jako zapłodnienie. Zaraz przejdziemy do problemów medycznych, ale zacznijmy od społecznych.

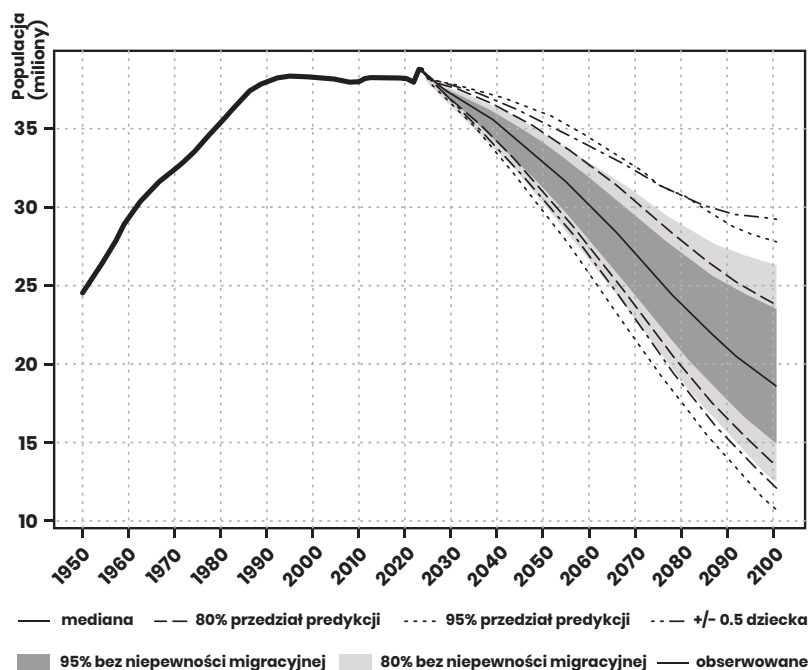
Małżeństwo nie jest warunkiem koniecznym do przyjścia na świat dziecka, choć w polskiej kulturze bywa ważnym punktem wyjściowym. Tymczasem według badań GUS: „Na przełomie lat 80. i 90. ub. wieku powstawało rocznie ok. 250 tys. nowych związków małżeńskich, w kolejnych latach liczba małżeństw malała aż do 192 tys. w 2002 r., aby wzrosnąć do prawie 258 tys. w 2008 r. i ponownie zacząć maleć [...]. W 2013 r. powstało nieco ponad 180 tys. nowych związków małżeńskich (tj. o ponad 23 tys. mniej niż rok wcześniej).

Współczynnik wyniósł 4,7‰, natomiast w latach 2006–2010 kształtował się na poziomie 6–7‰ [...] Niekorzystna tendencja dotycząca liczby zawieranych małżeństw zapewne będzie mieć wpływ na zmniejszenie liczby urodzeń w kolejnych latach” (Główny Urząd Statystyczny, 2016).

Współczynnik zawieranych małżeństw spada, a wraz z nim – liczba urodzeń. Spójrzmy na fakty: od dziesięcioleci w Polsce przyrost naturalny maleje. W 1995 roku nowych urodzeń było około 433 tys., co przy zgonach na poziomie 386 tys. dawało dodatni przyrost naturalny na poziomie 47 tys. Oznacza to, że w Polsce rodziło się więcej ludzi, niż ich ogółem umierało.

Jak jest dzisiaj? Spoiler alert: nie najlepiej! W 2021 roku odnotowano około 331 tys. narodzin (100 tys. mniej!) przy 519 tys. zgonów (około 130 tys. więcej!) (Główny Urząd Statystyczny, 2023b). Wynik: przyrost naturalny znajduje się na poziomie **-188 tys.** Tak, wiem, są to dane z czasów epidemii i wysokiego współczynnika tzw. nadmiarowych zgonów. Już szukam danych za 2022 rok. Oto one: 305 tys. zarejestrowanych urodzeń, 448 tys. zgonów, przyrost naturalny **-143 tys.** (Główny Urząd Statystyczny, 2023a). Lepiej? Lepiej. O wiele lepiej? Raczej nie... Trend sprzed pandemii jest nie tylko utrzymany, lecz także rozpędzony. A jak pisze w mediach społecznościowych Mateusz Łakomy, ekspert ds. demografii: „Według zaktualizowanej prognozy demograficznej ONZ, która pojawiła się wczoraj, jeśli nic się nie zmieni, to liczba ludności Polsce w roku 2100 wyniesie 14,5 mln.”¹. Rzeczywiście, prognozy ONZ są dla nas bardzo niepokojące (patrz: rysunek 1).

Przyjmijmy do wiadomości fakt, że nasze społeczeństwo się starzeje. Widać to nawet na tle starej Europy. Współczynnik dzietności („średnia liczba dzieci, które urodziłyby się żywe kobiecie w ciągu jej



Rysunek 1. Prognozy ONZ dotyczące populacji Polski (Źródło: © 2024 United Nations, DESA, Population Division. Licencja Creative Commons CC BY 3.0 IGO. United Nations, DESA, Population Division. World Population Prospects 2024. <http://population.un.org/wpp/>).

życia, gdyby przeżyła i przeszła wiek rozrodczy zgodnie ze współczynnikami dzietności według wieku w danym roku”) według danych Eurostatu nie napawa optymizmem. W 2010 roku średnia unijna wynosiła 1,57 (tyle dzieci przypadało na jedną kobietę), podczas gdy w Polsce – 1,41. Przez dekadę zmieniała się to w jedną, to w drugą stronę, aby w 2021 roku wylądować na poziomie 1,53 dla całej UE i 1,33 – dla Polski (najlepiej wypadły Turcja – 2,08 i Francja – 1,99)². Odnotowaliśmy więc większy spadek niż średnia w UE.

Dlaczego tak się dzieje? Wróćmy do sceny tózkowej. Nieco światła na ten problem rzuca raport CBOS *Alternatywne modele życia rodzinnego w ocenie społecznej* (Centrum Badania Opinii Spo-

tecznej, 2019a). Otóż, jak pokazują wyniki tego badania: „Rodzina w ostatnich trzech dekadach podlega szczególnie istotnym przemianom. Opóźnia się wiek zawierania małżeństw. Wzrasta liczba rozwodów i separacji. Ludzie częściej decydują się na życie w pojedynkę. Coraz większą popularnością cieszą się też alternatywne formy życia małżeńskiego – w tym głównie związki kohabitacyjne. Coraz częstszym zjawiskiem są rodziny niepełne, samotni rodzice wychowujący dzieci oraz rodziny zrekonstruowane (tzw. patchworkowe). W związku z powyższymi trendami zmieniają się również sposoby myślenia o małżeństwie i rodzinie. Liberalizacji podlegają opinie dotyczące różnych zjawisk i zachowań związanych zarówno z życiem małżeńskim, jak i rodzinnym” (tamże).

Co wynika z tych kilku zdań? Otóż faktycznie model rodziny ulega istotnym zmianom. Komplikuje się, podobnie jak świat, który staje się coraz bardziej złożony. Na znaczeniu traci klasyczny model mama – tata – dzieci, na rzecz alternatywnych modeli rodziny, często niezwiązanych z posiadaniem potomstwa. Oczywiście nijak się to ma do prawnych definicji rodzin funkcjonujących w Polsce, ale musimy to zaakceptować. W przytoczonym badaniu zapytano Polki i Polaków, jaka jest przyczyna niezawierania formalnych związków małżeńskich. Wśród najczęstszych odpowiedzi – 54 proc. mężczyzn i 37 proc. kobiet – był wybór wolności i życia bez zobowiązań. Życie w nieformalnym związku preferowało spośród badanych 37 proc. mężczyzn i 28 proc. kobiet. Około jedna trzecia wskazała niemożliwość znalezienia odpowiedniej partnerki lub partnera. Pojawiły się też obawy przed nieudanym małżeństwem i strach dotyczący pogodzenia życia rodzinnego z pracą i ewentualnych problemów materialnych. Zatem nie tylko zmieniająca się kultura wpływa na to, że coraz więcej Polek i Polaków albo w ogóle nie decyduje się na

dzieci, albo zwleka z taką decyzją. Winne są też ekonomia oraz poczucie bezpieczeństwa, w tym nawet zmiany klimatyczne.

Szczególnie wrażliwą kwestią okazuje się także sam poród. Wiele na ten temat dowiadujemy się z ustawicznych badań Fundacji Rodzić po Ludzku, która w swoim raporcie podsumowuje kilka najważniejszych danych związanych z porodem. I jest to niezwykle smutna lektura pokazująca, jak dzisiaj rodzą kobiety. Wśród nich aż 54,3 proc. doświadczyło nadużyć związanych z zachowaniem personelu, w tym przemocy zarówno fizycznej (np. bolesne badanie, rozkładanie nóg na siłę, wiązanie, kładzenie na brzuchu, niepotrzebne nacięcie krocza), jak i psychicznej (np. wyzywanie, krzyki, obelgi, dyskryminacja). Wiele kobiet nie było nawet informowanych – już o wyrażeniu przez nie zgody nie wspomnę – o wykonywanych procedurach, np. o badaniach wewnętrznych, o nacięciu krocza czy o podaniu oksytocyny przyspieszającej akcję porodową. Nie będę przytaczał tu cytatów, zainteresowanych kieruję do raportu na stronie Fundacji. To, co jednak szczególnie utkwilo mi w pamięci, to wypowiedź kobiety cytowanej przez szefową fundacji, która miała zadzwonić do nich z pytaniem, gdzie można usunąć macicę, ponieważ już nigdy nie chce przechodzić przez piekło porodu (Doroszewska, 2018).

Jeszcze przed pandemią Najwyższa Izba Kontroli przyjrzała się problemowi opieki okołoporodowej w Polsce. Wnioski z kontroli w latach 2015–2016 były przytłaczające (Najwyższa Izba Kontroli, 2016). Według kontrolerów oddziały położnicze poddane badaniu – wszystkie objęte kontraktem z NFZ – „nie zapewniały pacjentkom i noworodkom wymaganej jakości świadczeń medycznych” (tamże, s. 8). Co ciekawe, winne były nie same regulacje, które definiują standardy opieki okołoporodowej, ale luźny sposób ich in-

terpretacji. Oznacza to, że nie są one „skutecznym narzędziem do zapewnienia pacjentkom i noworodkom odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa, a także poszanowania intymności i godności” (tamże). Na pierwszy ogień idą oczywiście braki w personelu – niby zgodne z kontraktem, a jednak niedopasowane do rzeczywistości. Przykładowo odnotowano sytuację, gdy jeden anestezjolog pełnił dyżur w 22 jednostkach jednocześnie. Na 21 oddziałach z 29 skontrolowanych „nie zapewniono możliwości korzystania z sal porodowych i pokoiów łóżkowych urządzonych w sposób ustalony w rozporządzeniu w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia podmiotu leczniczego” (tamże). Prowadziło to do problemów związanych z zapewnieniem intymności i godności pacjentkom, a także do niemożności wykonania znieczulenia zewnątrzoponowego. Do niemal standardowych procedur dodano nacięcie krocza (57 proc. porodów), ale były oddziały, na których nacięcie wykorzystywano jako wspomaganie nawet 86 proc. porodów! Jak pokazują badania Fundacji Rodzić po Ludzku, co trzeci noworodek był dokarmiany mlekiem modyfikowanym, i to zwykle bez pytania o zdanie matki.

Podczas pandemii było jeszcze gorzej. Wspólnie z lek. ginekolog Pauliną Malarkiewicz prowadziliśmy badania dotyczące kobiet rodzących w czasie pandemii COVID-u. Niestety, wnioski nie napawają optymizmem. Większość badanych kobiet doświadczyła przymusowej separacji ze swoimi partnerami w czasie ciąży i porodu, którzy nie mogli również uczestniczyć w wizytach lekarskich. Samotne kobiety mierzyły się ze strachem i złością, z poczuciem niesprawiedliwości, ze smutkiem i z poczuciem straty. Ponad 74 proc. badanych obawiało się porodu bez partnera. Prawie 70 proc. czuło przygnębienie z powodu samotnego porodu. Jedna czwarta matek

zadeklarowała, że gdyby mogła cofnąć czas, nie podjęłaby decyzji o zajściu w ciążę w czasie pandemii. A można było tym problemom przeciwdziałać choćby dzięki testowaniu partnerów i wsparciu psychicznemu rodziców (Malarkiewicz i in., 2022).

Wszystkie te elementy – problemy finansowe, brak wsparcia systemowego dla młodych rodzin, strach związany z chorobami dziecka, okropne doświadczenia w kontakcie z systemem ochrony zdrowia czy podjęcie decyzji o zajściu w ciążę w późnym wieku – tworzą smutną układankę starzejącego się polskiego społeczeństwa.

KRYZYS PŁODNOŚCI I PORONIENIA

Przyjrzelismy się problemom związanym z tążeniem się ludzi w heteroseksualne pary, które chcą począć dziecko. Oczywiście tak na marginesie dodam, że opcji dotyczących powiększenia rodziny jest znacznie więcej, a są nimi m.in. adopcja, sztuczne zapłodnienie czy opisana inżynieria genetyczna. Zobaczyliśmy też, jak wiele można zmienić w samej medycynie, aby poprawić dzietność. Ale pozostał jeszcze jeden problem związany z najbardziej tradycyjną metodą zapłodnienia z wykorzystaniem komórki jajowej i plemnika in vivo.

Już samo zajście w ciążę staje się w rozwiniętych społeczeństwach wyzwaniem. Oczywiście podstawowym problemem, który został wytworzony przez nasze społeczeństwo, jest deficyt czasu potrzebnego do odbycia – proszę wybaczyć hermetyczny język – stosunku. Do tego dochodzą również problemy życia codziennego (jak choćby stres). Opisaliśmy już wcześniej to, co nas odciąga od prób powołania na świat dziecka. Ale dlaczego, skoro się staramy, to nadal nam to nie wychodzi?

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje niepłodność jako „nieвозмоść zajścia w ciążę pomimo regularnego współżycia płciowego (3–4 razy w tygodniu), utrzymywanego powyżej 12 miesięcy, bez stosowania jakichkolwiek środków zapobiegawczych” (Łepecka-Klusek i in., 2012). A my po miesiącu starań zaczynamy rwać włosy z głowy, że nic się nie udaje...

No cóż, okienko potrzebne do zapłodnienia jest dosyć wąskie i wynosi jakieś 4–5 dni w miesiącu. Dodajmy do tego żywotność plemnika na poziomie około 3 dni i jego 7-dniową zdolność do przeżycia w drogach rodnych kobiety. Z prostego rachunku wychodzi,

że z 28-dniowego cyklu kobiety zostaje może 7, a może 9 dni na zapłodnienie. To dużo i mało zarazem. A co, jeśli cykle menstruacyjne są nieregularne, a warunki do przeżycia plemnika – niezbyt sprzyjające? Wtedy okienko do zapłodnienia zawęża się jeszcze bardziej i – statystycznie przy coraz mniejszej chęci do uprawiania seksu w populacji – istnieje znacznie mniejsza szansa, że do zapłodnienia w ogóle dojdzie. Nawet jeśli skorzystamy z precyzyjnych metod kalkulacji terminu owulacji, która trwa około 24 godzin. Na zapłodnienie mają wpływ zarówno czynniki wewnętrzne, jak i zaawansowany wiek w momencie poczęcia, choroby i zaburzenia narządów płciowych, problemy endokrynologiczne oraz czynniki zewnętrzne, w tym styl życia i wynikające z niego otyłość i nadwaga (a także niedowaga), wszelakie używki, chemia w jedzeniu i w kosmetykach, przyjmowane leki, stres, nieregularny sen itd. Ale żeby nie było, że wina leży tylko po stronie kobiety – te elementy mają też wpływ na plemniki mężczyzny, których w spermie też jest coraz mniej.

Alarmujące badania na ten temat prowadzi prof. Hagai Levine z Uniwersytetu Hadassah-Hebrew w Izraelu. W analizie pod – niezbyt pociągającym nomen omen – tytułem *Temporalne trendy liczby plemników: przegląd systematyczny i analiza metaregresji* badacze podają, że w latach 1973–2011 nastąpił znaczny, bo aż 50–60 proc. spadek liczby plemników wśród mężczyzn z Ameryki Północnej, z Europy, z Australii i z Nowej Zelandii. Dodajmy, że badano spermę mężczyzn, którzy nie byli wyselekcjonowani pod względem problemów z płodnością. W kolejnej analizie wyszło jeszcze gorzej. W latach 1973–2018 roku liczba plemników spadła o ponad 62 proc. (Levine i in., 2023). Mamy więc wyraźny trend spadku zdolności reprodukcyjnych u mężczyzn. „Tendencja spadkowa jest bardzo wyraźna. To niezwykle odkrycie i czuję się odpowiedzialny za dostar-

czenie go świata. Spadek jest zarówno bardzo realny, jak i wydaje się przyspieszać”, alarmuje prof. Levine na łamach „The Times of Israel”³. Co prawda, nie jest to jeszcze koniec ludzkości, ponieważ nawet przy 50 proc. spadku stężenia plemników, wynosi ono około 50 mln w mililitrze spermy i jest nadal powyżej wartości ustalonej jako alarmująca przez Światową Organizację Zdrowia (15 mln na mililitr). Jednak wyraźna tendencja spadkowa musi niepokoić. Według danych Europejskiego Towarzystwa Reprodukcyjności Człowieka i Embriologii (ESHRE) z problemem niepłodności mierzy się 48 mln par na całym świecie i około 25 mln obywateli Unii Europejskiej, co stanowi około 10–18 proc. partnerów w wieku rozrodczym⁴. W Polsce problem z zajściem w ciążę ma 10–15 proc. partnerów, co daje około 0,5 mln osób (Łepecka-Klusek i in., 2012).

Założmy jednak, że udało się nam zająć w ciążę. Czy to kończy problem? Raczej tu dopiero zaczynają się schody: choroby genetyczne płodu, infekcje, wypadki, styl życia, choroby matki. Oj, długo by wymieniać, co może pójść nie tak. Z tego powodu w Polsce w latach 2017–2019 około 1700 kobiet urodziło każdego roku martwe dziecko, a 40 tys. – poroniło. Z ostrożnych szacunków wynika, że około 10–15 proc. wszystkich ciąż nie udaje się zakończyć sukcesem⁵. Według *A Neglected Tragedy: The Global Burden of Stillbirths*⁶, raportu UNICEF, WHO, Banku Światowego oraz Departamentu Spraw Gospodarczych i Społecznych Organizacji Narodów Zjednoczonych, co 16 sekund rodzi się na świecie martwe dziecko (urodzone bez oznak życia w 28. tygodniu ciąży lub później). To 2 mln dzieci rocznie. Do większości martwych urodzeń (84 proc.) dochodzi w krajach o niskich i średnich dochodach – do trzech czwartych w krajach Afryki Subsaharyjskiej i Azji Południowej. „Utrata dziecka podczas porodu lub w czasie ciąży to druzgocąca tragedia dla ro-

dziny. Co 16 sekund gdzieś na świecie matka cierpi z powodu niewypowiedzianej tragedii martwego urodzenia. W wielu przypadkach nie musi tak być. Większości martwych urodzeń można zapobiec dzięki odpowiedniej opiece przedporodowej i wykwalifikowanej położnej”, pisze w raporcie Henrietta Fore, Dyrektor Generalna UNICEF. Jest to to jednak nadal ogromny problem w krajach, w których nie ma stabilnej struktury systemu ochrony zdrowia. W Polsce pod tym względem nie jest źle. Utrzymujemy się z wynikiem 3,8 martwych urodzeń na 1000, blisko średniej dla państw OECD, która wynosi 4,3. Najlepiej jest na Islandii (1,1) i w Estonii (1,6), najgorzej – w Afryce Południowej (27,5) i w Indiach (28,3)⁷. Można mieć wiele zastrzeżeń co do samej opieki okołoporodowej, o czym pisałem wcześniej. W kontekście poronienia jest to jednak temat rzeka, wylewający się na forach i w różnych publikacjach opisujących skrajny brak empatii i profesjonalizmu w stosunku do kobiet, które utraciły dziecko. Mimo praw, które im przysługują.

Zasady związane ze sprawowaniem opieki nad pacjentkami po poronieniu zostały ujęte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2018 roku w sprawie standardów opieki okołoporodowej⁸. W dokumencie uwzględniono kilka szczególnych sytuacji, w których należy podjąć wyjątkowe działania: „rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi”. Na wypadek wystąpienia takiej sytuacji personel musi być odpowiednio przeszkolony, aby udzielić specjalnej pomocy. W rozporządzeniu opisano bardzo szeroko kwestie właściwej komunikacji z kobietą, umożliwienia kontaktu z psychologiem, z osobą duchowną i z najbliższą rodziną, umieszczenia w oddzielnej sali (bez kontaktu z matkami, które urodziły zdrowe dzieci), dania możliwości poze-

gnania się ze zmarłym dzieckiem i udzielenia pomocy laktacyjnej. Stan opieki okołoporodowej nad kobietą, która straciła dziecko, postanowiła ocenić Najwyższa Izba Kontroli. Kontrolą objęto 37 szpitali z 7 województw. Wnioski nie pozostawiają wątpliwości: jest źle. „W skontrolowanych przez NIK szpitalach pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło tuż po porodzie, nie zapewniono prawidłowej i wystarczającej opieki. Winna jest wadliwa organizacja procesu udzielania świadczeń oraz nieprzestrzeganie obowiązujących uregulowań, w tym standardów opieki okołoporodowej. Kierujący podmiotami leczniczymi nie dostrzegali specyfiki pracy z takimi pacjentkami. Często opieka nad pacjentkami doświadczającymi tych szczególnych sytuacji ograniczała się do udzielenia niezbędnej pomocy medycznej, nie zapewniała natomiast szerszego wsparcia. W niewystarczającym stopniu szkolono personel medyczny, zwłaszcza z komunikacji z kobietami po stracie dziecka. Nie wszystkie pacjentki mogły też skorzystać z pomocy psychologa”, podsumowuje NIK⁹. Szczególnie bolesne są wypowiedzi personelu przytaczane przez matki, które doświadczyły poronienia: „To tylko ciąża”, „Z tego już nic nie będzie”, „Tego pani nikt nie pochowa”, „To jeszcze nie było dziecko”, „Przecież ma już Pani jedno dziecko w domu”, „Są większe nieszczęścia” czy też „Jak może Pani płakać po stracie czegoś takiego?” (Najwyższa Izba Kontroli, 2020, s. 26). Mamy więc szczegółowe wymagania określone przez ministerstwo, prawa do pochówku czy do odpowiedniego traktowania oraz rzeczywistość opisywaną przez kobiety z całej Polski.

Na szczęście poziom umieralności okołoporodowej (poronienia, martwe urodzenia, śmierć niemowląt), czyli jeden ze wskaźników określających ogólną kondycję zdrowotną ludności, pozostaje w Polsce na niskim poziomie i wynosi 5,7 prom. na 100 tys. Jakże są

przyczyny umieralności okołoporodowej i umieralności niemowląt? Zażrzymy do statystyk Głównego Urzędu Statystycznego, a dokładnie do smutnego – ukazującego bardzo niekorzystne trendy demograficzne – raportu *Sytuacja demograficzna Polski do 2021 r.* (Główny Urząd Statystyczny, 2022a). GUS informuje, że za ponad połowę zgonów niemowląt stoją choroby i stany okresu okołoporodowego, które powstają zarówno w czasie trwania ciąży, jak i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka. Za kolejne 40 proc. zgonów odpowiadają wady rozwojowe dziecka, a za resztę tragedii – choroby nabyte i urazy. W sumie w 2021 roku zmarło 650 niemowląt, z czego 340 z powodu powikłań w czasie ciąży i 508 w wyniku wad wrodzonych.

CZY TO JUŻ RECESJA SEKSUALNA?

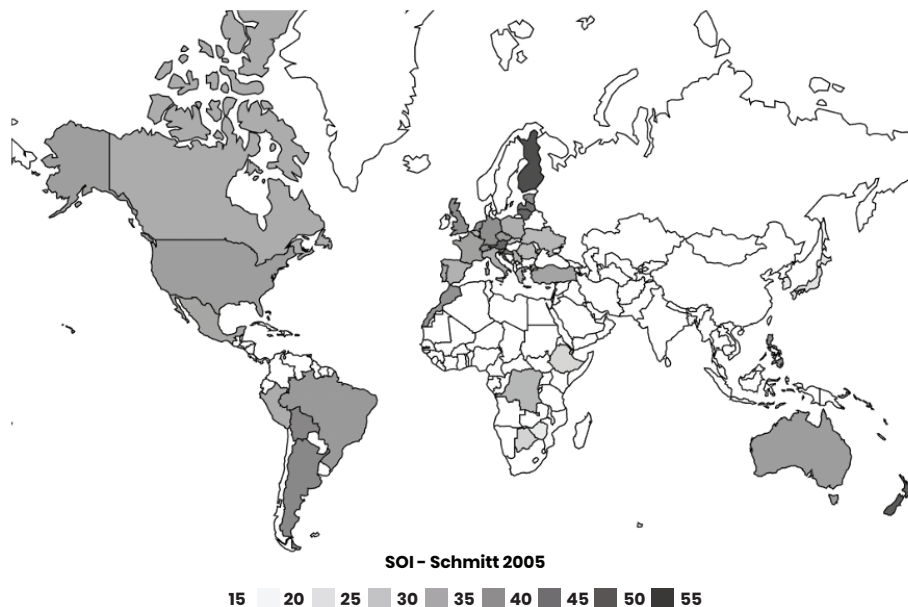
Wiemy już mniej więcej, dlaczego Polki i Polacy mogą nie decydować się na potomstwo^{II}, ale została nam jeszcze jedna paląca kwestia. Dlaczego nie chcą uprawiać seksu? A może chcą, tylko inaczej? W Polsce jednym z czołowych badaczy w tym zakresie jest prof. Zbigniew Izdebski, seksuolog, specjalista zdrowia publicznego, kierownik Katedry Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii na Wydziale Pedagogicznym UW. Od 1997 roku prowadzi badania naszych zwyczajów łóżkowych. Według raportu, który opublikował na podstawie pandemicznego badania, 51 proc. Polaków oceniło swoją aktywność seksualną pozytywnie. I nie zdziwi fakt, że były to przede wszystkim osoby młode. W grupie w wieku 30–49 lat ponad połowa badanych osób (59 proc.) wystawiła sobie oceny bardzo dobrą i raczej dobrą. Niewiele mniej (55 proc.) pozytywnych ocen znalazło się w młodszej grupie w wieku 18–29 lat. Na seks najbardziej negatywnie wpływały natomiast zmęczenie i stres (problem dla 25 proc. kobiet i dla 22 proc. mężczyzn) oraz... obecność dzieci i innych osób w domu, co doskwierało 18 proc. kobiet i 14 proc. mężczyzn. Choć w czasie pandemii kochaliśmy się trochę częściej (dotyczyło to

^{II} Obecnie trwa gorąca dyskusja co do najważniejszych przyczyn tego problemu. Wielu badaczy szuka wyjaśnienia związanego ze swoją specjalizacją, przez co skupia się zwykle na czynnikach ekonomicznych i politycznych oraz upatruje przyczyn w zmianach pokoleniowych, w historii itp. Brakuje jednak jednej odpowiedzi. Czy to znaczy, że wszystkie te osoby się mylą? Niektóre na pewno. Ale w tej wielości stanowisk należy raczej upatrywać wieloczynnikowej przyczyny spadającej dzietności. Ja skupiam się w tej książce na problemach, które są podnoszone rzadko (jak np. opieka okołoporodowa), a wiążą się z moją specjalizacją. Nie uzurpuję sobie jednak prawa do jedynej prawdy w tym zakresie, ponieważ takiej po prostu nie ma. Tak jak nie ma prostego rozwiązania na odwrócenie trendu, który jest obecny nie tylko w Polsce.

22 proc. badanych), to tylko 21 proc. Polek i Polaków zadeklarowało, że chce mieć w przyszłości dzieci. Dla 14 proc. pandemia była powodem do wstrzymania planów prokreacyjnych (Izdebski, 2020).

Ale odejźmy na chwilę od pandemii oraz od problemów z lockdownami i zajrzyjmy do sypialni. Chyba najbardziej znanym specjalistą w tym obszarze – „panem od seksu”, jak sam siebie określił w tytule autobiografii – był prof. Zbigniew Lew-Starowicz, autor książek, które wywoływały rumieniec na twarzy niejednego nastolatka, gdy je znalazł na półce swoich rodziców. O seksie pisał w sposób prosty, zachęcający do jego eksploracji i bez kompleksów. Na co dzień jako lekarz psychiatra i seksuolog pomagał pacjentom mierzącym się z problemami związanymi z pożyciem. Dzielił się też z czytelnikami własnymi badaniami, które odświeżały wstydliwe problemy Polek i Polaków. W jednym z felietonów na łamach tygodnika „Wprost” podjął się interesującego nas problemu recesji seksualnej. Twierdził, że za problemem stoją „uwarunkowania bio-psycho-społeczne, a wśród nich aseksualność, depresja, fobie i traumy”. Ale nie daje to pełnego obrazu problemu: „niektórzy badani wskazują, że seks jest przereklamowany” (Lew-Starowicz, 2023). Profesor Lew-Starowicz zmarł we wrześniu 2024 roku.

Spójrzmy na problem recesji seksualnej z szerszej perspektywy. Ciekawe badanie ukazujące nasze zachowania seksualne przeprowadził dr David P. Schmitt, dyrektor International Sexuality Description Project. W 2005 roku opublikował raport *Sociosexuality from Argentina to Zimbabwe: A 48-nation study of sex, culture, and strategies of human mating* oparty na 14 tys. odpowiedzi z całego świata dotyczących rozwiążności seksualnej (Schmitt, 2005). Na tej podstawie powstał ranking rozwiążności. Najpierw spójrzmy na mapkę:



Rysunek 2. Mapa rozwiązłości (źródło: Most Promiscuous Countries 2024, World Population Review, URL: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/most-promiscuous-countries>, dostęp: 20.06.2023).

Co z niej wynika? Otóż najbardziej rozwiązłym seksualnie krajem świata jest Finlandia! Już tłumaczę, co w ogóle oznaczają przedstawione wyniki. Zespół dr. Schmitta wykorzystał skalę orientacji seksualnej SOI, która mierzy samoocenę strategii kojarzenia ludzi. Niski wynik na tej skali oznacza, że osoba kieruje się ograniczonymi strategiami socjoseksualnymi lub stosuje monogamię jako podstawową strategię kojarzenia, jak to naukowo ujęto w artykule. Wysokie SOI oznacza natomiast, że badana osoba nie jest ograniczona kontekstem społecznym czy kulturowym i wchodzi w liczne relacje seksualne. To tak w dużym skrócie. Finowie uzyskali wynik 50,5. Oznacza to, że mają bardzo luźne podejście do relacji, chętnie nawiązują kontakty seksualne i raczej stronią od monogamii.

Słowem – są bardzo rozwiązli. Co ciekawe, Polacy wcale nie są tak purytańscy, jak nam się wydaje. Uzyskałismy wynik 34,2, co plasuje nas niewiele poniżej połowy stawki badanych krajów. Dalej na liście znaleźli się m.in. Hiszpanie, Grecy czy Słowacy, a stawkę zamknęły Korea Południowa (22,2) i Bangladesz (19,6).

Oczywiście należy w tym miejscu uczynić kilka uwag. Przede wszystkim ranking nie ukazuje różnic między płciami. A według badań to mężczyźni są bardziej skłonni do okazjonalnego seksu niż kobiety oraz do fantazjowania na temat stosunku z wieloma partnerami. Co więcej, panowie częściej szukają związków krótkoterminowych i są bardziej skłonni do seksu z nieznanymi. Brzmi to trochę stereotypowo, ale badania mówią same za siebie. I jak udowadnia Schmitt, mężczyźni faktycznie wypadają „lepiej” w rankingu SOI. Jednak do tanga trzeba dwojga, zatem można przyjąć, że wysokie wyniki Finów i te przeciętne Polaków dotyczą też dużej części kobiet. Druga uwaga to uwarunkowania czysto kulturowe, powiązane z systemem religijnym, a także... z klimatem. Pobawmy się stereotypami i wyobraźmy sobie, że długie zimy skłaniają do większej intymności pod ciepłą kołdrą. Piszę to jednak żartobliwie, ponieważ dane z badania Schmitta raczej tego nie potwierdzają. Za to kultura oraz religia mają już znaczenie. Nie bez przyczyny stawkę zamyka Bangladesz, w większości islamski, w którym przeprowadzenie takiego badania jest zapewne bardzo trudne. I w ogóle wydaje mi się, że tego typu opracowanie budzi wiele zastrzeżeń, ponieważ porównuje zachowania seksualne ludzi pochodzących z bardzo różnych kultur, którzy mogą mieć kłopot ze zrozumieniem pytania albo w ogóle nie chcieć udzielić na nie odpowiedzi. Potraktujmy więc tę publikację jako ciekawostkę, ukazującą pewne interesujące trendy. A wśród nich również fakt, że niemal na samym końcu

znalazła się Japonia, kraj o ogromnej recesji seksualnej. Przyjrzyjmy mu się na chwilę^{III}.

Nie tak dawno temu stacja CNN podała¹⁰, że w czerwcu 2023 roku Japonia podniosła wiek świadomej zgody na stosunek płciowy do 16. roku życia. Wcześniej było to 13 lat. Zaostrzono też definicję gwałtu. Wcześniej głosiła ona, że gwałt jest „przymusowym stosunkiem płciowym” popełnionym „poprzez napaść lub zastraszanie”, w tym poprzez wykorzystanie „stanu nieświadomości lub niezdolności ofiary do oporu”. Ale co z ofiarami zbyt przestraszonymi, aby się opierać? Dlatego dodano ważną formułę dotyczącą świadomej zgody i zastąpiono określenie „przymusowy stosunek seksualny” „stosunkiem seksualnym bez zgody”. Rozszerzono też definicję napaści, aby objęła ofiary otumanione alkoholem lub narkotykami, posiadające jakiś rodzaj zaburzenia psychicznego lub fizycznego oraz zastraszone także ze względu na swoją sytuację ekonomiczną czy też status społeczny. Japońskie kobiety walczyły o zmianę tych przepisów od wielu lat. W tym czasie w kraju działo się jednak coraz gorzej. Także w kwestii seksu za obopólną zgodą. Japońskie Stowarzyszenie Planowania Rodziny regularnie bada nastawienie Japończyków do prokreacji. W 2014 roku 65,8 proc. zbadanych kobiet w wieku 16–19 lat i 39,2 proc. kobiet w wieku 20–24 lat nie było zainteresowanych seksem lub odczuwało do niego niechęć¹¹. Ponadto Japończycy stronią od związków – 61 proc. niezamężnych mężczyzn i 49 proc. kobiet w wieku 18–34 lat nie było w żadnym romantycznym związku! I trend ten jest wzrostowy. Według innego

^{III} Dla porządku należy jednak dodać, że to nie Japonia ma największy problem z dzietnością. Krajem o największej zapaści demograficznej jest Korea Południowa, w której współczynnik dzietności wyrażany w liczbie dzieci na jedną kobietę wynosi 0,7 (dane za 2023 rok dostępne pod adresem URL: <https://ourworldindata.org/fertility-rate>, dostęp: 18.10.2024).

badania jedna trzecia Japończyków poniżej 30. roku życia nigdy nie była na randce¹². Nic więc dziwnego, że według szacunków demograficznych do 2060 roku populacja Kraju Kwitnącej Wiśni spadnie o jedną trzecią¹³.

A jak wygląda ta gorąca – a może raczej chłodna – sytuacja w Polsce? Według raportu *Seksualność Polaków 2017* miłość nad Wisłą gaśnie (Izdebski, 2017). Zadowolenie z życia seksualnego wyraża zaledwie 42 proc. Polek i Polaków. Nie dziwi specjalnie, że bardziej zadowoleni są mężczyźni (55 proc.) niż kobiety (49 proc.). Dla 40 proc. mieszkańców Polski seks odgrywa istotną rolę. Nie bez znaczenia jest też doświadczenie: najbardziej zadowoloną grupę wiekową – aż w 70 proc. – stanowią osoby w wieku 30–49 lat. Po 50. roku życia satysfakcję z seksu czerpie już tylko 36 proc. osób. Wśród młodzieży w wieku 18–29 lat tylko (tak, tylko!) 53 proc. badanych jest zadowolona z seksu. Młodzi zaczynają też współżyć coraz wcześniej, a średni wiek inicjacji seksualnej wynosi trochę poniżej 18 lat. Zadowolenie zadowoleniem, a jak wygląda kwestia częstotliwości stosunków seksualnych? Nie najlepiej: według badania prof. Zbigniewa Izdebskiego i Polpharmy w 2017 roku 76 proc. Polek i Polaków w wieku 18–49 lat uprawiało seks i jest to o 3 proc. mniej niż w 2011 roku i aż o 10 proc. mniej niż w 1997 roku. Do tego intymne kontakty mają coraz „gorszą jakość”, bo choć czas ich trwania nie zmienił się od 2005 roku i wynosi średnio 13–15 minut, to o 5 minut skróciła się gra wstępna, która trwa dziś przeciętnie 15 minut. Cały akt zamyka się więc w około 30 minutach.

Skoro sytuacja nie wygląda specjalnie rozwojowo, to może czas już pomyśleć o sztucznej hodowli ludzi?

NOWA GLOBALNA EUGENIKA I HODOWLA LUDZI¹⁴

Efektem wszystkich powyższych zagadnień jest malejąca dzietność i starzenie się społeczeństw, co definiuje się jako globalne zagrożenie. I to co najmniej trzytorowe: w perspektywie zarówno wysokiej śmiertelności noworodków w krajach nisko rozwiniętych, jak i nadmiernej płodności, prowadzącej do przeludnienia w krajach rozwijających się, oraz spadającej płodności w krajach wysoko rozwiniętych. Z tym drugim problemem niejednokrotnie „walczono”, a koronnym tego przykładem są komunistyczne Chiny i ich polityka jednego dziecka, która miała przeciwdziałać nadmiernemu rozrostowi chińskiej populacji. Wyszło, jak wyszło. W 2023 roku populacja chińska zaczęła się niebezpiecznie kurczyć i ustąpiła pierwszego miejsca Indiom. Efekty polityki jednego dziecka zaczęły przynosić skutki, ale dalekie od zamierzonych. Pojawił się więc pomysł, żeby rozpocząć badania nad kontrolowanym rozrodem, a dokładniej – produkcją dzieci. Pomysł, jakże dalece eugeniczny, nie uszedł uwadze świata nauki. Przyjrzałem się mu w eseju pt. *Nowa globalna eugenika i hodowla ludzi*.

Widmo kurczenia się chińskiej populacji jest już realnym zagrożeniem dla tamtejszych władz. Następstwa „polityki jednego dziecka” spowodowały, że wskaźniki urodzeń spadły w ostatnim czasie do rekordowego minimum 1,7 urodzeń na jedną kobietę (z ponad 6,3 w latach 70.) i ten trend bardzo trudno odwrócić.

Nic więc dziwnego, że w chińskich laboratoriach trwają (podobno) wyćężone prace nad rozwiązaniem palącego problemu. Potencjalną odpowiedź może dać praca naukowców z Uniwersytetu

Nauki i Technologii Chin w Hefei (Weijun i in., 2021). Ogłosili wyniki swoich badań nad automatyczną nianią wyposażoną w sztuczną inteligencję i przeznaczoną do opieki nad embrionami w sztucznych macicach. Urządzenie ma już teraz opiekować się embrionami myszy.

Interesująca jest jednak nie tyle sama niania, ile fakt, że chińscy naukowcy na serio wydają się pracować nad hodowlą ludzi. Jak czytamy w artykule, badanie procesu rozwoju zarodka „można wykorzystać do optymalizacji i ulepszenia systemu hodowli zarodków in vitro”. Do tego chińscy naukowcy od wielu lat prowadzą badania nad modyfikacją ludzkiego genomu. Już w 2015 roku ogłosili¹⁵, że udało im się zmodyfikować gen odpowiedzialny za śmiertelną chorobę krwi u ludzkich zarodków pochodzących z kliniki leczenia niepłodności. Jednak z marnym skutkiem, ponieważ embriony mutowały w sposób niekontrolowany. Natomiast trzy lata później He Jiankui¹⁶, chiński biofizyk, ogłosił, że urodziły się bliźniaczki Lulu i Nana, które po zmodyfikowaniu przez niego były odporne na wirusa HIV. Świat najpierw zachwycił się odkryciem, po czym szybko sobie uzmysłowił, czym to grozi – i że w istocie jest to spełnienie największych i najmroczniejszych marzeń eugeników o hodowli ludzi.

Chiny oficjalnie zakazały modyfikacji ludzkiego genomu, a naukowca, który znalazł się w setce najbardziej wpływowych ludzi 2019 roku czasopisma „Time”, wsadziły na trzy lata do więzienia. Jednak to, co wiemy o zaawansowaniu tych badań, może być jedynie czubkiem góry lodowej. Żadne odkrycie nie jest odosobnionym przypadkiem i jest zawsze poprzedzone niezliczonymi badaniami różnych zespołów. Co więcej, Chiny nie uznają zachodniej etyki naukowej – jest ona raczej traktowana instrumentalnie. Gdy trzeba prowadzić badania międzynarodowe, bierze się ją pod uwagę.

W niezależnych badaniach nie ma już większych ograniczeń. Liczy się realna polityka mocarstwa.

Chińska inżynieria społeczna

U źródeł chińskiej myśli eugenicznej – podobnie jak w przypadku innych krajów – leżała polityka. Chiny na wczesnym etapie powojennego rozwoju stanęły przed wizją przeludnienia. Doprowadziło to w 1977 roku do wprowadzenia ograniczenia, które miało zapobiec 250–300 mln urodzeń. Następstwem owego ograniczenia było faworyzowanie dzieci płci męskiej, wynikające z konfucjańskich źródeł. Ponieważ para mogła mieć tylko jedno dziecko, to jeśli miała się urodzić dziewczynka, często podejmowano decyzję o aborcji. Zresztą przerywanie ciąży i dzieciobójstwo bywały nieraz przymusowe, żeby nie dopuścić do niekontrolowanych nadwyżek dzieci.

Od „polityki jednego dziecka” Chiny odeszły w 2015 roku, kiedy wprowadzono kolejno politykę dwojga i trojga dzieci. Mleko jednak się rozlało. I dzisiejsze społeczeństwo chińskie jest coraz starsze, a współczynnik urodzeń jest równy temu w USA. W wielu miejscach brakuje też kobiet do zakładania rodzin.

Chińska polityka miała nie tylko znamiona kontroli populacji, lecz także eugeniki, czyli inżynierii społecznej. W praktyce wyglądało to następująco: gdy partnerzy decydowali się na dziecko, musieli przejść testy na obecność różnych zagrożeń, które mogły być dziedziczone przez ich potomstwo. Jeśli jedno z nich miało jakieś obciążenie – zarówno chorobę somatyczną, jak i psychiczną, w tym m.in. dysleksję, a nawet wirusowe zapalenie wątroby – zabraniano im zawierania związku małżeńskiego. Ustawy z lat 90. XX wieku zakazywały też małżeństwa osobom z niepełnosprawnością intelektualną