

## HERCZEG JÁNOS – SZABÓ KORNÉL

### Népesedés és anyaság az etika tükrében

Az emberi szaporodás évezredek óta meghatározó kérdése minden humán társadalomnak, szabályok és egész szabályrendszerek alakultak ki.

Az emberiség napjainkban egy túlnépesedett, elszegényedett, természeti és gazdasági erőforrásaiból kizsákmányolt Földgolyón él. A helyzet rövidtávú javulása nem várható, mivel a jelenlegi mutatók szerint minden másodpercben három újszülött jön a világra, ezzel évente egy Mexikóval egyenértékű ország népessége terül szét a bolygón.

A család, mint alapvető ökonómiai egység, hagyományosan „shock-absorber”-ként, lengéscsillapítóként működik, a gazdasági élet „kilengéseit” felfogja, csillapítja, és így stabilizálja a társadalmi, gazdasági folyamatokat.

Éppen ezért, a nők jogainak biztosítása, a család egységének, társadalmi helyzetének, szerepének támogatása, *új gazdasági erőforrásként szerepelhet*, a mai kritikusan felborult világgazdasági viszonyok közepette.

A nők sok tekintetben még ma is hátrányos helyzetben vannak még az iparilag fejlett országokban is, neveltetésüket, továbbtanulásuk lehetőségeit, jövedelmi viszonyait illetően.

Emellett ők viselik a családtervezéssel, gyermekvállalással, a családi élettel kapcsolatos terhek nagyrészét, sőt őket terheli a születésszabályozással kapcsolatos terhek kétharmada is, az esetleges meddőség következményei, a fogamzásgátlás terhei és szövődményei.

A nők fentiekkel kapcsolatos jogainak biztosítása, magasabb szintre emelése alapvető jelentőségű a társadalmi stabilitás biztosítása szempontjából is.

Ahol ez háttérbe szorul, vagy nem kap kellő hangsúlyt, ott a család nem tudja jól betölteni társadalmi feladatát, és azok a politikusok akik ezt nem támogatják kiemelten elveszítik a választásokat (példa Bulgária).

#### *Az emberi szaporodás „égető”, megoldatlan problémái*

Az Egészségügyi Világszervezet adatai szerint a világon naponta 100 millió szexuális aktus 910.000 fogamzást eredményez, ezzel sajnos együttjár 356.000 szexuális úton átvitt bakteriális és vírusfertőzés is. A fogamzások 50%-a nem tervezett, 25%-a biztosan nemkívánt.

Naponta 150.000 nemkívánt terhesség megszakítására kerül sor, ezek egyharmadát veszélyes módszerekkel és nem biztonságos feltételek mellett végzik, emiatt naponta 500 nő veszti életét.

További 1370 nő azért hal meg naponta, mert terhes, vagy éppen szült. Számosan éppen csak megússzák ezt a halált, így nem kerülnek-e szomorú statisztikába.

Míndezeneken felül naponként 25.000 csecsemő és 14.000 1–4 éves kora kisgyermek halálát is számontartják a világstatisztikák. Napjainkban a Földgolyó lakói számolhatnak azzal, hogy minden 12 újszülött közül egy nem éri meg első születésnapját, és minden 8 közül egy nem fogja megérni az 5. születésnapját.

Ha az anya gyermekének születése után rövidesen meghal, akkor csecsemőjének mindössze 5%-nyi esélye marad a túlélésre. Minden évben ezrével halnak meg gyermekek szerte a világon, a hiányos, kezdetleges családtervezési gyakorlat miatt, mert a szülések túl gyorsan, láncszerűen követik egymást, vagy túl sok gyermeke születik egy házaspárnak, esetleg az anya túl fiatal, vagy túl idős ahhoz, hogy gyermeke életben maradjon.

### *Szaporodási ütem*

Jelen korunkban évenként az évszámnak megfelelő milliányi emberrel gyarapodunk, így 1989-ben 89 millió, 90-ben 90 millióval lettünk többen a Földgolyón. Tehát a Világ népessége évente Mexico méretű ország lélekszámával gyarapodik. Ez kimeríti a természeti erőforrásokat (élelmiszerek, víz, tűzifa, olaj, tiszta levegő).

Évente ezrével halnak meg gyermekek a rossz családtervezés miatt, a szülések túl gyorsan követik egymást, túl sok gyermek születik, időskorúak is szülnék, akik már nem tudják gyermekeiket felnevelni.

Milyen „sebességgel” dolgozik a Világ „reprodukciós gépezete”? Másodpercenként 3 szülés zajlik a világon. Ebből a szaporodási ütemből levonható az a következtetés, hogy 1980-ban a Föld lakóinak 26%-a fejlett, ipari országokban élt, 2000-re ez a szám 21%-ra csökken (World Bank) és a következő évszázad végére 13%-ra zsugorodik.

A népesség szaporodási üteme a fejlődő országokban azt eredményezi majd 2025-re, hogy a jelenlegi 873 millió szaporodóképes életkorú nők száma megkétszereződik.

Jelenleg már 5 milliárdnál is többen vagyunk, a következő évszázad közepére ez 8 milliárdra ugrik majd.

Látható, hogy az emberi szaporodással kapcsolatosan számolnunk kell súlyos egészségkárosodásokkal, sőt az élet esetleges elvesztésével is.

Azt mondhatjuk, hogy *a terhesség olyan sajátos biológiai jelenség, amely magában hordozza súlyos szövödmények, esetenként a halál lehetőségét is.*

Az emberi szaporodás fő terheit a két nemet illetően egyenlőtlenül főként nők viselik, és főként az asszonyok erőfeszítésétől függ újszülöttjeik, gyermekeik életbenmaradása. A legtöbb, szexuális uton terjedő betegség következményei súlyosabbak a nők számára, mint a férfiak szempontjából, ugyanakkor a nők fogamzásgátlási erőfeszítései háromszorosa teszi ki a férfiakénak, és viselniük kell az egyes módszerek potenciális veszélyeit is. Az esetleges meddőség szociális és lelki következményei is inkább sújtják a nőket, a kezelés veszélyei is rájuk hárulnak.

Napjainkban hazánkban is széleskörű gazdasági változások zajlanak, a reprodukciós életkorban levő nőket a jövedelmi-árviszonyokban viharos sebességgel zajló átrendeződés kedvezőtlenül érintheti, ha nem kapnak nagyobb szerepet az őket közvetlenül érintő politikai döntések formálásában.

A nők a világ legtöbb pontján az emberi jogok tekintetében, szociális és gazdasági helyzetükben is hátrányban vannak, társadalomban elfoglalt helyük szoros összefüggésben van *reprodukciós egészségükkel*. A *tudatos családtervezés* biztosíthatja számukra, az önrendelkezés szabadságát, a tragédiáktól mentes életvezetést, társadalmi helyzetük javítását.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint az egészség a teljes fizikai, mentális és szociális jólét állapota, nem csupán a betegség hiánya. Ehhez hasonlóan a *reprodukciós egészség* lehetővé teszi a tudatos emberi szaporodást, úgy, hogy az a nők és magzataik számára biztonságosan zajlik, csecsemőik életbenmaradnak, és egészségesen felnőnek, a párok szabályozni képesek szaporodási terveiket, anélkül, hogy saját egészségüket kockázza tennék, és megszabadulnak a szexuális uton terjedő betegségektől is. A családtervezés a fiatal, vagy időskorúak terhességeinek csökkentésével, a terhességek közötti szünetek növelésével hozzájárul a gyermekek egészségügyi, fejlődési esélyeinek javításához.

A *tudatos családtervezés* tehát nem a születések számának korlátozását, hanem a párok reprodukciós célkitűzéseit segít megvalósítani, így a *család egészségét is* szolgálja:

1. több élelmiszer jut a családoknak
2. vérszegénység kevésbé lesz gyakori
3. anyai halálozás csökken
4. meddőség gyakorisága csökken
5. alacsony születési súly gyakorisága csökken
6. gyermekek nem halnak meg gyakran
  - a. terhességi szünetek hosszabodnak
  - b. nagyon fiatal, vagy idős korúak szülése kevesebb
  - c. csökken a többször szülés gyakorisága (Anyai depletio, birth-order death)
7. boldogabb párkapcsolatok
8. jobb edukációs lehetőségek
9. serdülők terhessége is kevesebb lesz

*A reprodukciós egészség biztosítása és megőrzése alapvető nemzetközi programmá vált, legfontosabb alappillére a családtervezés, amely biztosítja az egyének és párok számára, hogy meghatározhassák gyermekeik számát, azok világrajövetelének idejét, mégpedig méltósággal és a lehető legteljesebb információk birtokában arról, hogy döntésüknek milyen személyi és szociális következményei lesznek.*

Az előzőekből is következően, az emberi szaporodás „etikája” évezredek óta meghatározó kérdése minden humán társadalomnak, szabályok és egész szabályrendszerek alakultak ki az éppen aktuális normák szerinti mederbe terelésére, kezdve a szokásjogtól egészen a sarkos törvényi meghatározásokig.

Ezek után felmerül a kérdés, miért is érdemes egyáltalán etikai szemszögből boncolgatni ezen viszonyokat és eljárásokat, ha a világ országainak jogrendszerei részletekbe menően foglalkoznak minden újonnan felmerülő problémával? Tudnunk kell azonban, hogy a tételes jog akkor felel meg a társadalmi elvárásoknak, ha az általánosan kikristályosodott etikai és erkölcsi normák szerint szabályozza az egyes egyének, illetve az egyének és a társadalom közti nexusokat. Így számíthat a jogalkotó is az állampolgárok legnagyobb arányú jogkövető magatartására. Tehát az etika, habár nem bírálja

felül a jogszabályokat, támpontot biztosít megalkotásukhoz és elvárhatóságot betartásukhoz.

A 20. század második feléig egy már viszonylagos állandóság alakult ki az emberi reprodukciót körülölelő szabályozás terén, amikor is a biotechnológia rohamos fejlődése következtében újabb etikai viták indultak, melyek Louise Brown (az első lombikbibi) 1978-as megszületésekor lángoltak fel igazán.

Adódik a következő kérdés, mely tudományok képviselői jogosultak etikai ügyekben és vitákban állást foglalni, illetve egyáltalán jogosult-e a tudomány erre, amikor az etikának a széles embertömegek konszenzuális véleményét kellene tükröznie. Az utóbbi évszázadok tapasztalata azt mutatja, hogy míg kezdetben az emberi szexualitással és szaporodással kapcsolatos ügyekben a földrajzilag uralkodó egyház vindikálta magának a döntési és szabályalkotási jogkört, addig az idő előrehaladtával párhuzamosan egyre több tudományág kapcsolódott be az építő véleményalkotásba. Mindezekkel párhuzamosan az egyházak „beleszólási” súlya csökkent, bár természetesen továbbra is meghatározóan jelentős véleményt képviselnek. Belépett viszont a körbe a társadalomtudományok széles palettája, a jogtudomány és az orvostudomány, ez utóbbi főként az egyre inkább technikalizálódó módszerek előretörésének szinte kötelező hozadéka volt. A felsorolt tudományágak egyúttal azt is kijelölik, körülbelül merre húzódnak ma a humán reprodukciós etika – mint szabályrendszer – határai.

A fentiekhez hozzávéve a társadalom sosem lankadó és természetes érdeklődését a téma iránt, kijelenthetjük: az emberi szaporodáshoz kötődő etikai, jogi kérdések bizonyos szempontból tökéletesen azonos megítélés alá esnek a sporttal és a politikával. Nevezetesen mindenki beszél róla, mindenkinek van véleménye róla, és mindenki bizonyos benne, ért hozzá. A többség szilárd elképzelésekkel rendelkezik, ezért a viták hevesége belátható időn belül nem fog csökkenni.

Ezek után a teljesség igénye nélkül vegyük sorra, melyek a kérdéskör legnépszerűbb és legvitatottabb pontjai.

*A prenatális diagnosztika és a magzati in utero terápia módszerei* a társadalmilag meglehetősen széleskörű elfogadottság miatt relatíve kevés vitát kavarnak, a többség egyértelműen hasznos eljárásként könyveli el ezeket, ezért a továbbiakban nem is foglalkozunk behatóbban velük.

*A negatív családtervezéssel kapcsolatosak* a komolyabb társadalmi felkavaróerejű témák legöregebbjei. Ilyenek a *fogamzásgátlás, a művi meddővétel és a terhesség-megszakítás*, extrém esetben a *fetocídium*.

*Újabb keletűek az asszisztált reprodukció körébe tartozó módszerek* (különös tekintettel az esetlegesen belépő harmadik személyre), az embrió kutatás, a szex-szelekció, az össejtkutatás és végül a kor médiáságere, a klónozás.

Kialakultak olyan feltétlenül szükséges és betartandó etikai elvek, melyek minden orvosi közreműködéssel végrehajtott, a humán reprodukcióhoz köthető eljárás során kötelező jelleggel szem előtt tartandóak. Ezeket részben jogszabályok is rögzítik, részben pedig a gyakorlatilag teljeskörű társadalmi konszenzus gondoskodik maradéktalan érvényesülésükről. Négy fő elv sorolható mindenképpen ebbe a kategóriába:

1. *Jogszerűség.* Az eljárásnak meg kell felelnie a mindenkori hatályos törvényeknek. Jelenleg az 1997. évi CLIV. törvény rendelkezései az irányadók.

2. *Egyértelmű segítség a páciensnek.* Tekintettel a beavatkozások kényes mivoltára, illetve azoknak sokszor nem egy kórállapot gyógyítására irányuló szándékára, már nem

elégés az évszázados „nil nocere” (ne árts!) zsinórmértéke, hanem egyértelműen pozitív hozadékkal kell rendelkezniük a magát az egészségügyi szakszemélyzet gondjaira bízó ember számára.

3. *Igazságosság.* A sokszor és sok szempontból heterogén csoportot alkotó páciensek azonos megítélés és elbírálás alá kell hogy essenek, illetve közöttük különbségtétel kizárólag orvosszakmai szempontok alapján tehető.

4. *Megfelelés a társadalmi közmegegyezés védett értékeinek.* A tradicionális erkölcsi értékek megőrzése mellett az újonnan kialakult, nemegyszer még csak kialakulóban lévő értékek beemelését társadalmi többségi szinten kell elfogadtatni.

A humán reprodukciós etika és a vonatkozó jogelvek a jelenkori etikai kutatások cétkeresztjében állnak, a korábban szilárdnak hitt elvek ingoványosodása mellett kell értékelnünk az új jelenségeket. Mindezen bizonytalanságok fő okaként az utóbbi bő öt évtized orvos- és biotechnológiai vívmányait kell megneveznünk.

### *A fiatalkori szexualitás kérdései*

Közismert tény, hogy a javuló szociális és nutritionalis feltételekkel párhuzamosan a fiatal lányok nemi érése az elmúlt évszázadban egyre alacsonyabb életkorra tolódott. Ezzel párhuzamosan a szexualitást sem veszi már körül a misztérium köde, sokkal könnyebb az információszerzés (internet, néhány évvel idősebb fiatalok stb.), a kortársak részéről is növekszik a nyomás az első szexuális élmény begyűjtésére.

Természetszerűleg adódik a kérdés, a biológiai érettségen túl mikortól tekinthetünk érettnek egy embert/gyermeket/fiatalt szexuális kapcsolat létesítésére, esetleg életközösségi párkapcsolat kialakítására, végső soron pedig gyermek vállalására? A jogi szabályozáson kívül miféle külső és belső tényezők tesznek alkalmassá egy fiatalt az információk mérlegelésén alapuló, számára helyes döntés meghozatalára?

Az elmúlt évekig a fiatalkori szexualitással foglalkozó tanulmányok főként a 15–19 éves korcsoporttal foglalkoztak, az e kor alatti nemi aktusok lehetőségét szigorúan a kriminalisztika tárgykörébe száműzve. Mégsem kerülhetjük meg a jelenséget, éppen növekvő gyakorisága okán. Helyesebbnek látszik a különböző fiziológiai, szociokulturális és jogi szempontok miatt három korcsoportban külön tárgyalni a kérdést: fiatal, közepes és kései adolescens életkori osztályokat felállítva. Míg a kései (18–19 évesek) és középső (15–17 évesek) csoportokba sorolás egyértelműnek látszik, a fiatal adolescens kor meghatározása nem alakult ki egyértelműen. Ide sorolhatjuk a 10–14 éveseket, de egyes szerzők külön csoportot hoztak létre a 10–11 évesek számára, főként fiziológiai éretlenségük miatt<sup>1</sup>.

Amennyiben egy fiatalt érettnek tekintünk a szexualitásra, akkor elsőként a test érettségét kell megvizsgálnunk, ez evidens alapfeltétel. A pubertással együtt járnak emocionális, kognitív és viselkedésbeli változások is, azonban ezeket már messze nem olyan könnyű számszerűleg paraméterezni, mint például a szexuáliszteroidok szintjét vagy a másodlagos nemi jellegek kialakulását. Közismert tény, a fiúk átlagban egy-két évvel később lépnek be a pubertásba. Lányoknál a nemi érettség talán legáltalánosabban elfogadott küszöbe az első menses megjelenése. Ez, a már említett életkori eltolódást

<sup>1</sup> DIXON-MUELLER R.: *How Young Is „Too Young”? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital and Reproductive Transitions.* Studies In Family Planning. 2008. 39. pp. 2–9.

okozó világtrendet is figyelembe véve, egyéni és környezeti faktoroktól függően általában 11 és 14–15 éves életkor között következik be. A menses megjelenése ugyanakkor csak a leglátványosabb jele a nemi érésnek, de ezzel még nem teljes a kép. Vázizomrendszeri, csontrendszeri változások, az emlő és az uterus fejlődése ekkorra még nem fejeződtek be. Hiányosságok mutatkoznak a lubrikáció terén is, tehát ebben a korban egy felnőtt férfival történő aktus a pszichés sokkhatáson túl komoly fájdalmat is okoz, valamint a szöveteket traumatizálhatja. Ráadásként az érpálya megnyílásával járó sérülések nagyobb gyakorisága a szexuális úton terjedő betegségek átvitelét megkönnyíti. Mindezeket összefoglalva elmondhatjuk, 14 éves életkor alatt a lányok még nem értek fiziológiailag a nemi aktushoz. A 15–17 évesek közt azok a lányok, akik relatíve korán tapasztalták meg első mensesüket (11–13 évesen), testileg már elég érettnek mondhatók, de később menstruáló társaik még nem. A 18. életév betöltésével gyakorlatilag minden lány belép az élettanilag alkalmas szakaszba.

Fiúk esetében a nemi érés általában a 12–16. életév között zajlik (ellentétben a lányok 10–14. életévével), ennek első fázisa a test fizikai növekedése és fejlődése, az első ejakuláció (semenarche) ezt 12–24 hónappal követi csak. A fiúknál is megfigyelhető a semenarche idejének egyre korábbra tolódása a társadalmi jólét függvényében (például Maliban 16.8 év az átlag, az Amerikai Egyesült Államokban ugyanez 13.4 év). Az adolescens fiúk testi jegyeiket tekintve világátlagban a 16–17. életévükre válnak férfivá<sup>2</sup>. Penetratív szexuális aktusra a férfi nemi szervek már jóval a semenarche és a herék mértének végleges elérése előtt alkalmassá válnak. Mindezek rávilágítanak arra, hogy a testileg még nem teljesen kifejlett fiúk esetében lezajlott szexuális aktus számukra nem jelent akkora veszélyt a szexuális úton terjedő betegségek szempontjából (kisebb penis, ezáltal a hámsérülések kisebb veszélye), továbbá kisebb a partner teherbe ejtésének valószínűsége is (alacsonyabb spermiumszám, semenarche előtt orgazmus ejakuláció nélkül). A probléma itt későbbi férfivá szocializálódásukban és helytelen magatartásminták elsajátításában rejlik inkább.

A lányok fertilitása a menarchét követő első években viszonylagosan alacsony, köszönhetően a hosszú, rendszertelen, sokszor anovulációs ciklusoknak. Ilyenkor az esetlegesen megfogant terhességek vetélési kockázata is magasabb. Különválík ezáltal a nemi aktusra való alkalmasság és a gyermekszülésre való alkalmasság, utóbbi a korán serdülő lányok esetében a 15–16. életévre tehető, később serdülő társaiknál a 18. életév környékére. Ez a korai gyermekszülést érdemnek, elvárásnak tartó társadalmakban okozhat feszültségeket, kiváltképp a későn érő lányok számára. A még nem alkalmas életszakaszban teherbe eső lányoknál szignifikánsan magasabb a terhességet és szülést komplikáló szövödmények felléptének esélye. Ilyenek különösen a terhességi hypertonia, elhúzódozó tágulási szak, téraránytalanság, urogenitális fistulák kialakulása, postpartum vérzés, koraszülés, alacsony születési súly, magasabb perinatalis morbiditás és mortalitás.

Tovább lépve a testi jegyeken, a serdülő fiatal agyi struktúrájában is fejlődés tapasztalható, aminek következtében másként éli meg érzelmeit és interperszonális kapcsolatait. Változik az empátia és a szociális kötődés tartalma is. Befolyásolják a viselkedésmintázatot a nemi hormonok (lányoknál a női szexuáliszteroidok némileg libidocsköntő hatással is vannak, míg fiúknál a beinduló tesztoszterontermelés hirtelen és

<sup>2</sup> BARKER, G.: *What About Boys? A literature Review on the Health and Development of Adolescent Boys*. 2000, Geneva. World Health Organization.

nagymértékben emeli a szexuális vágyat). 10–12 éves kor előtt a prefrontális agyi kéreg még nem éri el végleges fejlettségét. Ez az a terület, mely az impulzuskontrollért, komplex gondolkodásmintákért és absztrakciós képességekért felelős. Körülbelül 12–14 éves lányokban és 13–15 éves fiúkban alakul ki az a képesség, amely segítségével a környezet ingereit megfelelő társadalmi és egyéni kontextusban képesek értékelni, azokra adekvát érzelmi válaszokat adni. A felnőttkorra jellemző, végleges absztrakt gondolkodási fenotípus leányoknál 14–16, fiúknál 15–17 éves korban állandósul.

Továbbra is nyitott a kérdés, mikortól tekinthetünk valakit elég érettnek a szexualitáshoz és esetleg ennek folyamányához, a gyermekvállaláshoz. Az mindenképpen elmondható, 14 éves életkor előtt sem testileg, sem kognitív szempontok alapján nem alkalmasak a fiatalok erre. Jóval magasabb a sérülések, fertőzések esélye, nehezen védik meg egészségüket és jogaikat. Többnyire 15–17 éves korban játszódik le az első nemi aktus, ekkorra jó esetben már alkalmasak többé-kevésbé a fiatalok minderre, de ideális esetben a 18. életév az, amikor már elég stabil élettani és mentális háttér birtokában vághatnak bele párkapcsolati életük testi fejezetébe.

*A szaporodásetikai viták lángját az asszisztált reprodukció (ART), ezen belül az in vitro fertilizáció (IVF) lobbantotta fel.*

Ötven éve lehet „sex” reprodukció nélkül (orális anticoncepció), húsz éve van reprodukció „sex” nélkül (IVF), és legújabban van reprodukció a 60. életév után.

Az asszisztált reprodukciót szorgalmazók azzal érveltek, hogy a férfi meddőség (infertilitás) még a modern orvoslás számára is nehezen, gyakran egyáltalán nem kezelhető probléma, az örökbefogadható gyermekek száma erősen korlátozott, és valljuk be, az örökbefogadó szülők jelentős része sem fogad szívesen örökbe „akármilyen” gyermeket. Döntő érv volt az is, hogy így az addig meddő pár részben, vagy nagyon sokszor teljesen saját gyermeket nevelhet fel genetikai értelemben véve is, ez pedig a szülő-gyermek kapcsolat erejét jelentősen növeli, a családot összetartó erőt eredményez.

*A jelenlegi magyar törvényi szabályozás* is csak kiegészítő, hiánypótló szerepet szán a mesterséges módszereknek az emberi szaporodás előmozdításában, véleményünk szerint teljesen helyesen. Az emberi faj biológiai fenntartása mellett a szexualitás számos egyéb aspektusból is részét kell hogy képezze a párkapcsolatnak, ezért annak kikapcsolása a nemzés folyamatából csakis a meddőség igazolt fennállása esetén tartható helyénvalónak. A törvény szellemisége is ebből táplálkozik, ugyanis Magyarországon mesterséges megtermékenyítési programba egy pár kizárólag akkor vonható, ha a meddőség alapos kivizsgálása és bizonyítása után az annak kezelésére tett egyéb módszerek sikertelennek bizonyultak. A jogszabály a programba bevezethető személyek körét is meghatározza. Mesterséges megtermékenyítő eljárás alkalmazható különművek házastársi vagy élettársi közösségében, illetve ritka esetben egyedülálló nőnél is, ha az illető nő életkora vagy meddősége miatt gyermeket természetes úton nagy valószínűséggel nem vállalhat. A jogalkotó nem engedi meg azonos neműek (praktikusan és természetesen itt nők) élettársi közösségében a megtermékenyítést spermabankban tárolt spermiumokkal, valamint préembrió beültetését ilyen homoszexuális kapcsolatban élő nőnél, szem előtt tartva a megfogant gyermek egészséges pszichoszexuális fejlődéséhez való jogát és érdekét. A társadalmak világszerte egyre elfogadóbbak a homoszexuális tartós párkapcsolatban élőkre vonatkozó szabályozást tekintve, ám hazánkban – a világon a jelenlegi többségi nézethez hasonlóan – a gyermekek szocializálódását az állam a konvencionális (heteroszexuális) családmodellben támogatja.

Maguknak az ivarsejteknek is nagyon hasonló a jogi és az etikai megítélésük, talán kijelenthető, hogy a jogalkotó ezen a területen megtalálta az erkölcsi konszenzust a köz-felfogással. Az ivarsejt a megtermékenyítés előtti természetes állapotában az emberi test részét képezi. A testtől ugyan fizikailag elválasztható (akár mesterséges úton is), de ez nem befolyásolja az ivarsejt azon tulajdonságait, melyek az örökletes emberi tulajdonságok hordozójává teszik azt. Genetikai állományát és új emberi egyed létrehozásában való potenciális képességét tekintve a létrehozó személyt mint csepp a tengert képviseli, attól eszmeileg elválaszthatatlan, függetlenül a kinyerés, tárolás és felhasználás későbbi módjától. Az ivarsejt mindaddig rendelkezik eme tulajdonságokkal, míg megtermékenyülésre sor nem kerül, vagy megtermékenyítő/megtermékenyíthető képességét el nem veszíti. Mindezek miatt az ivarsejttel végzett bármiféle eljárásba való adományozói beleegyezés kötelezően megkívánt, egyoldalú joggyakorlás, mely bármikor egyoldalúan visszavonható, míg az adományozott ivarsejt felhasználása meg nem történt.

*Hatályos egészségügyi törvényünk* a fenti, főként etikai szabályok szerint rendelkezik az ivarsejtek adományozásáról és felhasználásáról, de szükséges volt néhány más, inkább már technikai jellegű szabályozót és megszorítást is beépíteni. Már említettük, hogy csak a szakhatósági jogosítványokkal felruházott egészségügyi szolgáltatóknál lehetségesek ilyen típusú beavatkozások és az ivarsejtek tárolása. Az emberi genom épségének megőrzése érdekében Magyarországon ivarsejtet 35. életévét be nem töltött személy adományozhat. A beleegyezés tekintetében az írásbeliséget a törvény köti ki, hiszen elvileg más formában is megadható lenne az (például szóban vagy ráutaló magatartással), de ezeket a jogalkotó kizárta, pontosan a precíz adminisztráció és az utólagos ellenőrizhetőség érdekében. A donornak bizonyos személyes adatairól is nyilatkoznia kell, ezek elsősorban biológiai jellegűek, kezelésük és tárolásuk megfelelő titoktartás mellett történik a szolgáltató részéről.

*Már egészen más a helyzet a megtermékenyített ivarsejtekkel, azaz a préembriókkal és az embriókkal.* A jog sarkosan tesz különbséget az ivarsejtekre és a megtermékenyített ivarsejtekre vonatkozólag, hiszen az embrió (a továbbiakban ide értjük a préembriót is, mert az embrióval azonos jogi megítélés alá esik a következő szempontok szerint) már nem azonos egyik létrehozó fél genetikai állományával sem, továbbá nem tekinthető a két fél genetikai anyagának pusztá matematikai összegződésének sem. Új személyiség, a belőle potenciálisan kifejlődő ember tulajdonságainak letéteményese. A még be nem ültetett embrió sorsáról a házastársak, illetve a létrehozó felek közösen jogosultak dönteni valamelyik fél haláláig, illetőleg az embrió beültetésének megtörténteig. A közös rendelkezési jogra a viszonyukban bekövetkezett változásoknak (pl.: házasság vagy élettársi közösség megszűnése) hatása nincs, ám az egyik fél rendelkezési jogáról írásban lemondhat (jogtechnikailag: közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban) egyoldalúan.

Fontos a donor szemszögéből is áttekinteni az adományozás folyamatát, főképp annak az adományozóra való hasznosságát érintve, mivel ez motiválja őt cselekvésében. Az ivarsejt vagy embrió saját családalapítás céljára történő adományozása esetén egyértelmű a haszon: saját genetikai sikerét éri el általa. Bonyolultabb a donor hasznát kutatnunk, ha mint harmadik személy lép be a szaporodási folyamatba, hiszen itt a gyermek ugyan genetikai értelemben az övé, ellenben nem saját családjában nő fel és a társadalom sem ismeri el a donor gyermekeként, szociális kapcsolata is a recipiens családjához kötik majd. Tovább árnyalja a helyzetet, hogy ivarsejt- vagy embriódonációért anyagi ellenszolgáltatás nem köthető ki, illetve nem fogadható el.



*A Polgári Törvénykönyv szerint az embert a jogképesség a fogantatástól illeti meg, de a jogkezelés feltétele az élveszületés, tehát visszaható jellegű. Itt a jogban is visszatükröződik az a biológiai tény, hogy egy megfogant embrióból nem feltétlenül fejlődik új emberi lény.*

*Sorba véve az anya és az embrió vagy méhmagzat közti érdekellentéteket, elsőként azokról a konfliktusokról kell megemlékeznünk, melyek terhesség megszakítással, azaz az embrió vagy méhmagzat elpusztításával végződnek. Ezek kiemelt jelentőségűek, mert időben megfordíthatatlanok, utólagos korrekciójukra és a magzat kárpótlására nincs lehetőségünk, tehát a beavatkozás engedélyezése és végrehajtása szigorú törvényi és hatósági kontrollt igényel. Morálisan legkönnyebben indokolható és elfogadható az az eset, amikor a terhesség vagy a szülés az anya életét és/vagy egészségét komolyan veszélyezteti. Ekkor a legtöbb társadalmi réteg elfogadja a már valóságossá vált emberi élet (az anya) védelmében a még feltételes emberi élet (az embrió) feláldozását.*

Legtöbb problémát – erkölcsi értelemben – az egészséges anyák várhatóan egészséges magzatainak elpusztítása vet fel, ilyenek a Magyarországon engedélyezett terhesség megszakítások akkor, ha a terhesség bűncselekmény következménye (a magzat nem felelős fogantatásának körülményeiért), végül pedig az anya súlyos válsághelyzetében végzett interrupciók.

*Az anya-magzat relációban kialakuló érdekellentétek következő lépcsőfokán már a magzat élete nem kerül veszélybe, de egyéb jogai csorbulnak. Elképzelhető, hogy az anya a magzat egészségére nézve folytat káros tevékenységet (pl. dohányzás, kábítószer élvezet). Általánosságban véve is elmondható, hogy az anya minimálisan erkölcsi, egyes országokban jogi szinten is felelősséggel tartozik a magzatát veszélyeztető, elkerülhető hatások kiküszöböléséért, illetve a magzatára nézve veszélyes életviteltől való tartózkodásért. Az anya bizonyos tevékenységektől eltiltható, egyes esetekben vele szemben kényszerintézkedés is gyakorolható. Ilyen esetekben feltételül szabja a hazai jog a betöltött 24 hetes magzati életkort, tekintettel arra, hogy a WHO direktívája ettől a kortól kezdve szülésről, ezt megelőzően vetélésről tesz említést.*

*Speciális esete az érdekütközéseknek a többes terhesség, ahol egyrészt a klasszikus anya-magzat érdekellentéttel kell számolnunk, de emellett megjelenik két másik típus is. Ütközhet a két, három vagy még ennél is több magzat érdeke egymással, ugyanis a többes terhességekben fokozott a magzati morbiditási és mortalitási arány, tehát elviekben egy magzat akkor tudná maximálisan kihasználni a benne rejlő genetikai potenciált, ha egyedül lenne az anyaméhben. A több magzat nagyobb kockázatot jelent az anyai szövödmények szempontjából is, így paradox módon bizonyos tekintetben az anya is ellenérdekelt a többes terhességgel szemben. Észszerű szabályozással elviselhető szintre kell szorítani az anyai és magzati morbiditást, mortalitást, eközben a lehetséges maximális számú magzatot kell megtartani. Amennyiben ikerterhességben valamelyik magzat az élettel összeegyeztethetetlen vagy igen súlyos fejlődési rendellenességet mutat (hitelt érdemlően bizonyítható a kórállapot), úgy viszonylag egyszerű helyzetben vagyunk a szelektív terhesség megszakítást illetően. Várhatóan teljesen egészséges magzatok és hármás vagy többes ikerterhesség esetében a magyar jog az embrióredukciót kettős ikerterhesség eléréséig engedélyezi a már ismertetett megfontolásból. A többes terhesség redukcióját még két sajátos vonás egészen bizonyosan árnyalja. Tudni kell, hogy az ikermagzatok szelektív elpusztítása esetén mindig szükséges egy bizonyos vetelési kockázattal számolni a többi magzat tekintetében is, így előfordulhat, hogy pontosan a többi (általában kettő) magzat érdekében végzett redukciós műtét vezet azok el-*

pusztulásához. Végül érdemes megemlíteni azt is, hogy a modern szülészetben az ikerterhességek oroszlánrészéhez az asszisztált reprodukciós technikák részét képező ovulációindukció és/vagy a több préembrió beültetése (utóbbit azzal a megfontolással hajtják végre, hogy a beültetett több embrióból legalább egy fejlődésnek induljon az anya méhében) vezet, így nagyon várt, olykor éveken át óhajtott terhességekről van szó, amelyekben egy vagy több embrió elvesztése – még tervezett feláldozás esetén is – komoly lelki teherterhelés a szülők számára.

A modern orvostudomány számtalan módszerrel képes befolyásolni az emberi szaporodást, egyre biztatóbb kísérletek folynak az embrió tulajdonságainak megváltoztatása érdekében. Napjainkban az örökletes tulajdonságok – melyekről sokáig azt hittük, a fogantatás pillanatában végérvényesen eldőlték – egyre erőteljesebben befolyásolhatók génmanipulációs eljárásokkal, de a folyamattal párhuzamosan felerősödtek azok a hangok is, melyek követelik ésszerű korlátok felállítását a génebézésben. Sőt azt is mondhatjuk, a genomikus manipuláció kritikája időben megelőzte magának a technikának a kialakulását. Vajon miért alakult ez így? A génebézés (illessük ezzel a népszerű és a köztudatban elterjedt névvel) igencsak kétélű fegyver. Egyrészt képes már csírájában elfojtani egyes veleszületett, örökklődő betegségeket (pl. autoszómális recesszív anyagcserezavarok, melyek egyébként fatálisak vagy az életminőséget nagymértékben csökkentik), így a társadalom és az adott egyén számára is óriási haszonnal bír. Másrészt viszont befolyásolhatók lesznek vele olyan veleszületett emberi tulajdonságok, melyek nem tartoznak a genetikai betegség kategóriájába, mindössze a módszert alkalmazó személy egyéni megítélése szerint hasznosak vagy károsak (mint például egy bizonyos testmagasság, szemszín), ezáltal a fajnemesítés eszközüvé válhat. Meg kell találni a határt, ameddig a társadalmi erkölcs még helyesli a genom megváltoztatásával járó beavatkozást, és ami fölött már nem fogadja el, és ezt a jövőben biztosan sokat vitatott határt kell a majdani törvényalkotónak jogszabályban rögzítenie. A nehezen meghúzható határvonal a „betegség” és a „nem előnyös tulajdonság” között fog húzódní. Hatályos egészségügyi törvényünköl idézve: „Az emberi génállomány megváltoztatására irányuló vagy azt eredményező kutatás, beavatkozás kizárólag megelőzési, kórismézési vagy gyógykezelési indokból és kivételekkel csak akkor végezhető, ha a kutatásnak, beavatkozásnak nem a leszármazottak genetikai állományának megváltoztatása, illetve új egyed létrehozása a célja.” (Eü. Tv. 162. szakasz) A törvény szerinti kivételek: nemhez kötött örökklődő megbetegedések és „egyéb várható megbetegedések” megelőzése.

A génebézés gondolatköréhez szervesen kapcsolódik a prenatális diagnosztika, mint a génszintű terápiát és módosítást szükségképpen megelőző állapotfelmérő eljárások összessége. Mai tudásunk birtokában a születést megelőző diagnosztikai szűrőmódszerek jelentősége zömében inkább még nem a későbbi terápia kiválasztásában és megtervezésében van, hanem a felismert anomáliák súlyosságának függvényében az esetleges terhesség megszakítás melletti érvként szolgálhatnak.

Egyre komolyabb in utero terápiás lehetőségek állnak rendelkezésünkre, azonban a terhesség korai szakaszában kiszűrt igen súlyos fejlődési rendellenességek megoldása nagy tömegben továbbra is a terhesség művi megszakítása. Mi következik mindebből? Egyértelműen csak olyan elváltozást érdemes és etikus szűrni, ahol a diagnózis felállítását cselekvés követheti, amely lehet terápia és terhesség megszakítás is. A szülöket ugyanis a gyermek betegségének tudatával terhelni úgy, hogy sem ők, sem az orvostudomány nem tehet és nem is tesz semmit ellene, erkölcsileg elítélendő lenne. A szűrő-

módszerek többsége az anya és a magzat számára nem jár kockázattal, vagy csak igen minimális kockázattal jár (pl.: ultrahangos vizsgálatok, vérvétel), ezeket használjuk a napi gyakorlatban rutin szűrőműszereként, természetesen a rutin módszerek köre erősen függ az adott ország egészségügyi kultúrájától és anyagi teljesítőképességétől. A magasabb beavatkozási kockázattal járó szűrőeljárások, főként ha nem gyakori betegségek kimutatására irányulnak, nem ajánlhatóak rutin módszerek. Ilyenek például a magzatvízből és a chorionbolyhokból történő mintavételezés, amelyek vetelési kockázata 1% körül van. Ezeket csak a betegség megalapozott gyanúja esetében érdemes és etikus a terhes nőnek felajánlani<sup>3, 4</sup>.

*Prenatális diagnosztikával lehetőségünk nyílik a születendő gyermek nemének meghatározására is, (amelynek befolyásolását a hatályos hazai törvények büntetni rendelik),* A születendő gyermek nemének jóslására és befolyásolására évezredek óta történnek próbálkozások, a középkori francia lovagok unilaterális kasztrációjától kezdve a megalapozott tényeken nyugvó, de viszonylag alacsony hatékonysági rátával működő diétás megszorításokig. A tényleges lehetőség a 20. század vége óta áll az emberiség rendelkezésére.

Alapjában véve három lehetőség áll a rendelkezésünkre, ha a családban felnövő gyermek nemének meghatározására.

A szex-szelekció prekonceptcionális formájában az X és Y kromoszómákat hordozó spermiumok szétválogatásával érik a kívánt nemű embrió fogantatását. Posztkonceptcionális módszerek esetén a prenatális diagnosztikát hívják segítségül a megfogant préembrió vagy embrió nemének meghatározásához, majd a nem kívánatos nemű terhességet művilleg megszakítják. Végül említést érdemel a mára már történelmi jelentőségűvé vált posztnatális szex-szelekció, amely a gyakorlatban egyenlő az infanticidiummal. A történelem számos példát szolgáltatott erre, főként a lányok kárára: a lány újszülötteket megfojtották, vízbe dobták, vagy egyszerűen csak kirakták az erdőbe azzal az önámító magyarázattal, hogy egy jó szellem majd úgyis felveszi őket. Napjainkra az aktív infanticidium kevés elszigetelt példától eltekintve már eltűnt a társadalmakból, viszont passzív formájára még lehet példát találni. Kínában közismert szokás, hogy a dzsunkákról a folyóba ugráló és játszó kisgyermekek közül a fiúk hátára a szülők levegővel telt marhahólyagot kötnek, a lányok viszont ilyen „védőfelszerelést” nem kapnak.

Az emberi reprodukció széles palettájából két, viszonylag újkeletű technikával foglalkoznunk kell ezen tanulmány keretein belül is, mivel hatalmas társadalmi felzúdulást váltottak ki már önmagukban csak a lehetőségük megemlítésével is. Ezek a préembriókon való kísérletezés és a klónozás.

*Összességében az emberi préembriókon folytatott kutatásokban résztvevőknek azt kell szem előtt tartaniuk, hogy egy rendkívül sérülékeny, könnyen kizsákmányolható, de lehetőségeiben egy eljövendő embertásunkat magában hordozó, tiszteletre és csodálatra méltó sejtcsoportról vagy lényről van szó, a kutatások protokollját is ennek megfelelő igényességgel és méltósággal kell kidolgozni és engedélyezni. A fejlett országokban érvényes szabályozást követi a hazai is, ezért vegyük sorra az idevágó főbb pontokat, melyek szavatolják a préembriókkal való megfelelő bánásmódot.*

<sup>3</sup> FÜZESI, K: *A magzati és újszülöttsebeszet lehetőségei hazánkban. Sikerek és gondok.* Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle. 2004. 8. 256–260. pp.

<sup>4</sup> FÜZESI K: *Praenatalisan diagnosztizált anomáliák elbírálása és sebészeti megoldása.* *Lege Artis Medicinae* 1996. 6. pp. 416–419.

Embrióval vagy préembrióval kísérletezni kizárólag előzetesen jóváhagyott kutatási terv alapján lehet. Szükséges beszerezni az Egészségügyi Tudományos Tanács Humán Reprodukciós Bizottságának egyedi engedélyét. A kutatásba bevonni csak emberi reprodukciós céllal fogantatott, szám feletti („feleslegessé” vált) embriót lehet, kifejezetten kutatási céllal emberi embriót létrehozni nem szabad. Emberi és állati ivarsejtek egymással nem termékenyíthetők meg, emberi embrió állat testébe nem ültethető be. Egymással genetikailag egyező egyedek nem hozhatók létre: a klónozás tilalma. Embriót a fogamzással kialakult tulajdonságoktól eltérő tulajdonságú egyed létrehozására felhasználni tilos: az emberi fajnemesítés csírájában való elfojtására irányuló tilalom. Kutatási programban felhasznált embrió emberi szervezetbe nem ültethető be. A kutatásban felhasznált embrió legfeljebb 14 napig tartható életben.

Az embriókutatástól egy lépés, vagy annyi sem választja el a *klónozást*, amelynek során genetikailag teljesen azonos egyedek létrehozása a cél. Az ötlet a science fiction világából az elmúlt pár évtizedben robbanásszerűen került át a tudomány asztalára, hatalmas viharokat kavarva.

Végül aktuálisabb, főként a családi kötelekeket érintő jogi és etikai vonatkozású problémakört tárgyalunk<sup>5</sup>.

Olyan párok is gyermekhez juthatnak a *dajkaterhesség* (másnéven *béranyaság*) intézményén keresztül, akiknél a nő valamilyen kórállapotánál fogva nem lenne képes a terhesség kiviselésére. Dönthetnek ekkor úgy, hogy egy harmadik személyt, a béranyát bízzák meg saját vér szerinti gyermekük kiviselésével, aki ezért anyagi ellenszolgáltatást kap(hat). A genetikai szülők ekkor azért fizetnek, hogy a béranya 9 hónapon keresztül gondoskodjon gyermekükről. Egyesek vitatják ezt a munkabér jellegű meghatározást, egyszerűen gyermekvásárlásról beszélnek. Két lehetőség kínálkozik az embrió nyerésére: IVF segítségével hozható létre, illetve ha az anya a biológiai apa által megtermékenyíthető, akkor a természetes úton fogant embriót a méhübről kimoshatják. Mindkét eljárás befejező mozzanata az embriónak a dajkaterhes méhébe való ültetése.

A dajkaterhesség intézményének igénybevétele az összes résztvevő számára magas kockázatot rejt magában. Komoly a biológiai kockázat is, amely érintheti a magzatot vetelés formájában, illetve a dajkaterhest az átlagost jóval meghaladó anyai morbiditási mutatók képében. Minden esetben keletkezhetnek jogorvoslatot, de legalábbis morális állásfoglalást igénylő súrlódások, ha egy család a legintimebb szférájába idegen személyt kénytelen beengedni. Nem tisztázott még teljesen, hogy van-e joguk a genetikai szülőknek a béranya életmódjának ellenőrzésére születendő gyermekük érdekében, és ha igen, úgy milyen mélységben tekinthetnek bele a számukra idegen személy magánéletébe, pláne milyen magatartásformákat írhatnak elő számára, vagy tilthatják el bizonyos tevékenységek gyakorlásától. Lehet-e, érdemes-e ezeket előre szerződésben rögzíteni? A válasz valószínűleg igen, mert ez esetben még az embrió beültetése előtt tisztázzák a felek, kölcsönösen mit várhatnak el egymástól, és a későbbiekben kipattanó esetleges viták alkalmával a szerződés szövege iránymutatást nyújthat a probléma rendezéséhez. Esetleg előfordulhat az a szituáció is, amikor a terhesség hónapjai alatt a dajkaterhes olyan mértékben kötődni kezd a szíve alatt hordott magzathoz, hogy születéskor nem hajlandó azt a biológiai szülőknek átadni, akár az ellenszolgáltatásról is lemond az újszülöttért cserébe. Mi nyom ilyenkor többet a latban: a biológiai szülők genetikai befektetése, vagy a magzatot kiviselő nő szervezetének és pszichéjének szintén jórészt bi-

<sup>5</sup> FIGO Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology. FIGO. 2006, [www.figo.org](http://www.figo.org)

ológiai jellegű befektetése a ráadásként vállalt komoly terhességi kórállapotok kockázatával egybevéve? Mi a teendő, ha a béranya a terhesség kapcsán maradandó egészségkárosodást szenved, netalán meghal? Kell-e egyáltalán kártérítést fizetni ilyenkor, és kinek (genetikai szülők, biztosító)? Milyen egészségügyi szolgáltatásokra jogosult a béranya terhessége kapcsán, aki tudatosan vállalt a saját gyermekkel való terhességét nagyságrendekkel meghaladó egészségügyi kockázatot?

*Leszögezzük, hogy az igazán éles kérdések általában harmadik személy biológiai/genetikai közreműködése esetén kerülhetnek elő.* Leggyakrabban felvetett probléma, hogy adományozott ivarsejttel vagy embrióval történt megtermékenyítést követően a genetikai vagy a szocializáló szülő tekintendő szülőnek. A jogszabályok a szocializáló szülőt privilegizálják a családi egység fontosságára hivatkozva. Mikor ismerje meg a gyermek fogantatásának körülményeit, kiváltképp ha idegen ivarsejt is felhasználásra került benne? Az elemzők gyakorlatilag kivétel nélkül egyetértenek abban, hogy a gyermeknek joga van megismerni ezeket az adatokat, de az elkerülhetetlen és általában nagy pszichotrauma miatt a tényfeltárás időpontjáról rendelkeznek eltérő véleményekkel. A többségi vélekedés ezt az időpontot a nagykorúvá válással azonos dátumra teszi. Miféle polgári jogi kötelek keletkeznek a családban a nem vér szerinti – vagy csak félig vér szerinti – gyermek és a szülők között? A magyar jog úgy rendelkezik, hogy a mesterséges úton fogant gyermek a vér szerintivel azonos jogokkal bír például az örökösödés és egyéb polgári jogi viszonyok terén. A jogalkotó hozzáállásának indoka valószínűleg az lehet, hogy a mesterséges úton (tehát szándékosan) fogantatott gyermek pontosan annyira óhajtott és tervezett volt, sőt gyakran még jobban is (!), mint a vér szerintié. A szülők családjukat teljessé tévő gyermekekre vágytak, tehát a jogrend is elvárhatóan ekként kell hogy kezelje az ily módon fogant gyermeket, tekintet nélkül a sajnálatos módon szükségessé vált genetikai „helyettesre”, akit a szülők elkerülhető esetben feltételezhetően (gyakorlatilag biztosan) nélkülöztek volna. Már említettük korábban a donor szükségképpen anonimitását a recipiens előtt (ez nem azt jelenti, hogy bizonyos biológiai jellegű adatokat ne ismerhetne meg a reipiens, de kizárólag csak személyazonosításra alkalmatlan módon). Az ivarsejt vagy embrióadományozáskor az adományozó nyilatkozatban a jog és az erkölcs is a születendő gyermekekről való lemondást diktálja. Az sem mindegy a társadalom genetikai sokszínűségének megőrzése érdekében, hogy egy adományozótól hány utód származhat. Magyarországon ez négyben van maximálva.

Jelen tanulmány az emberi szaporodáshoz kötődő orvosi tevékenységekből fakadó lehetőségek, problémák és esetleges megoldások óriási csokrából csak néhányat, reményeink szerint a közvéleményt és a szakmát leginkább érdeklőket ragadott ki, de ezeknek többszöröséről lenne lehetőségünk beszámolni. A szabályalkotás sajnos nem képes minden aktuális problémát azonnal megoldani, szükségképpen csak a frissen kipattanó vitás pontok nyomán próbálja a helyes utat kijelölni.

Magyarországon az emberi reprodukcióval kapcsolatos szakmai ténykedéseket övező vitákat több fórumon is lehet rendezni. A polgári vagy büntetőjogi felelősség megállapítása egyértelműen a Magyar Köztársaság Bíróságára tartozik. Tisztán etikai jellegű kérdésekben az Egészségügyi Tudományos Tanács Etikai Bizottsága dönt, míg a humán reprodukciós eljárások engedélyezése, szakmai irányítása, a protokollok kidolgozása és az idevágó jogszabályok előzetes véleményezése az Egészségügyi Tudományos Tanács Humán Reprodukciós Bizottságának feladata.

Helyes, előremutató jogszabályalkotással egyértelművé tehető a tudományterületben rejlő lehetőségek és korlátok, de ez egészen bizonyosan nem fog megfelelni valamennyiünknek. Fontos tehát az állandó társadalmi párbeszéd, ezzel a lehető legkisebbre szorítható az elégedetlenek száma, viszont a lehető legtöbb családnak segíthetünk saját életüket a kívánt gyermekkel teljessé tenni.

## JÁNOS HERCZEG – KORNÉL SZABÓ

### FAMILY PLANNING, REPRODUCTIVE HEALTH, ETHICAL AND LEGAL QUESTIONS

#### (Summary)

There is sex without reproduction over the last 50 years, we have now reproduction without sex by 20 years now, and nowadays reproduction is possible after the menopause. Adolescent sexuality, prenatal diagnostics, in utero therapy, the destructive methods of birth control, the issues of sterilisation are giving us many difficult legal and ethical questions. There also new legal challenges in the field of assisted reproduction, pre-embryo research, sex-selection, stem-cell research, and the frightening possibility of cloning humans.

Keywords: adolescent sexuality, birth control, contraception, assisted reproduction