

**Anna Odrowąż-Coates**

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

## **Wazektomia. Krytyczne studium popularności tego zjawiska wśród Brytyjczyków**

### **Abstrakt**

Rozważania dotyczą popularności zabiegu wazektomii na świecie, a w szczególności w Wielkiej Brytanii. Poruszane zostają aspekty kulturowe, moralne, prawne i medyczne. Analizowane są różnice opinii wobec kontroli urodzeń, polityki demograficznej, oraz możliwości samodzielnego decydowania o sobie. Artykuł dotyka stereotypów związanych z płodnością, męskością, równouprawnieniem płci; analizuje korzyści i straty ekonomiczne i zdrowotne związane z zabiegiem wazektomii. Poszukiwane są powody popularności tej metody antykoncepcyjnej. W kontekście rosnącej wolności obyczajowej można zadać pytania: czy wybór wazektomii świadczy o nastawieniu współczesnego człowieka na seksualną wolność i niekontrolowanie Freudowskich popędów? Czy też jest racjonalną przemyślaną decyzją w trosce o zdrowie i zwiększoną wolność wyboru kobiet?

**Słowa kluczowe:** wazektomia, aspekt kulturowy, moralny, prawny i medyczny, równouprawnienie, wolność wyboru.

## **Vasectomy. A critical study on the popularity of this phenomenon amongst British**

### **Abstract**

This paper reflects on the popularity of vasectomy surgery in the world in general and particularly in the UK. Cultural, moral, legal and medical aspects are discussed and differences of opinions on birth control, demographic policies, and opportunities for self-determination are analyzed. The article also concerns the stereotypes associated with fertility, masculinity and gender. The economic and health advantages along with costs are balanced against each other. The author looks at reasons for the popularity of this method of contraception. In the context of increasing moral freedom, one can ask questions: whether the choice of vasectomy demonstrates the attitude of modern man to increasing sexual freedom and uncontrollable Freudian instincts? Or, is it a rational, carefully thought through decision, in the interests of health and freedom of choice for women?

**Key words:** vasectomy; cultural, moral, legal and medical aspects; equality; freedom of choice.

## Czym można wytłumaczyć popularność zabiegu wazektomii?

Jak napisała Maria Łoś, w swoim artykule *Czy feminizm wyzwolił kobiety Ameryki Północnej?* (1993, nr 1), antykoncepcja w znacznym stopniu przyczyniła się do emancypacji kobiet. Przemiany w zakresie podejścia do planowania rodziny są w dużej mierze zasługą samych kobiet, które zdobywając coraz więcej praw w sferze publicznej, dążyły do poszerzenia swoich praw w domu i chciały, jak chociażby Margaret Sanger (1879–1966), świadomie wybierać, czy i kiedy chcą zostać matkami (de Stefano 2010). Większość metod kontroli płodności obciąża odpowiedzialnością kobiety, nierzadko zaburzając ich gospodarkę hormonalną, czasem zwiększając ryzyko nowotworu i niezaprzeczenie ingerując w ich sferę intymną. Od niedawna, wraz z przemianami światopoglądowymi dotyczącymi ról i obowiązków mężczyzn, opracowywane zostają metody kontroli płodności mężczyzn. Pigułki są nadal jeszcze na etapie testów a wazektomia jest dostępna i stale ulepszana. Niemniej zjawisko wazektomii jest jeszcze słabo rozpoznane badawczo, szczególnie w zakresie nauk społecznych, a jakże ważne dla dopełnienia obrazu życia w nowej erze technologicznej. Być może jest to kolejny krok w kierunku rzeczywistego równouprawnienia płci, szczególnie, że występuje znacznie częściej w społeczeństwach o tradycjach liberalnych (USA, Wielka Brytania). Analiza tego zjawiska jest ważna, nie tylko dla ogólnej edukacji zdrowotnej, ale również dla badania przemian obyczajowych i moralnych współczesnych społeczeństw.

Znana prekursorka pedagogiki społecznej w Polsce, H. Radlińska akcentowała, że należy czerpać bezpośrednio z nauk biologicznych i lekarskich w celu poznania przyczyn zjawisk społecznych (Przeclawska 1996). Przychylając się do jej opinii, na wstępie przedstawione zostanie wyjaśnienie medyczne opisywanego pojęcia. Wazektomia (z łac. *vasotomia*), to zabieg urologiczny polegający na przecięciu nasieniowodów. W efekcie do nasienia nie przedostają się plemniki, eliminując możliwość zapłodnienia. Od dekady zabieg ten może być przeprowadzany laparoskopowo, co ogranicza powikłania, znacząco przyspiesza proces gojenia, oraz pozwala na znieczulenie miejscowe. Dodatkowo metoda ta znacznie skraca czas zabiegu, pobyt pacjenta w klinice i rekonwalescencję. Chirurg dokonuje niewielkiego nacięcia w worku mosznowym (z łac. *scrotum*), wyciąga przewody nasienne, przecina i zamyka je koagulacyjnie na końcach. Następnie zszywa pół-centymetrowe nacięcie na mosznie. Przeciętny mężczyzna po około 30 ejakulacjach przestaje wydalać plemniki. Zabieg ten jest jedną z najskuteczniejszych metod zapobiegania ciąży. Jeśli chodzi o inwazyjność tej metody, to jest zdecydowanie mniejsza w porównaniu z podwiązaniem

jajników, trwałą sterylizacją kobiet, nie wspominając o operacji histerektomii. Z uwagi na dużą liczbę dokonywanych zabiegów ich cena w klinikach brytyjskich jest nadzwyczaj atrakcyjna. Zabieg można przeprowadzić już za około 300 euro. W niektórych krajach jest to zabieg refundowany przez narodowe fundusze zdrowia (zob. tabela nr 1), w innych możliwy do wykonania bezpłatnie przy ubezpieczeniu prywatnym. Niektórzy są zdania, że atutem zabiegu jest nie tylko wysoka skuteczność, lecz również możliwość odwrócenia procedury (choć to znaczenie bardziej kosztowne, bolesne i skomplikowane), możliwość pobrania plemników za pomocą specjalnej strzykawki, możliwość zamrożenia nasienia na ewentualność sztucznego zapłodnienia partnerki. To otwiera wiele problemów natury etycznej. Na ile człowiek może sam decydować o poczęciu? A także natury humanistycznej o wolność wyboru, ale też o manipulację i kontrolę nad własnym ciałem. Gdzie są granice? Czy grozi nam wizja "Seksmisji" (reż. J. Machulski 1983)?

Na poczet tego artykułu zgromadzono dane medyczne dotyczące procedury wazektomii, przeanalizowano postawy dwóch dominujących religii światowych względem tego zagadnienia oraz przeprowadzono wywiady swobodne z trzema księżmi Kościoła katolickiego w Polsce (w tym dwóch proboszczów parafii wiejskich z okolic Warszawy), jednym w Wielkiej Brytanii i dwoma pastorami anglikańskimi z Wielkiej Brytanii. Inspiracją do podjęcia tematu były rezultaty badań empirycznych, przeprowadzonych na terenie brytyjskiego osiedla zamkniętego w 2012 roku w Arabii Saudyjskiej. Na osiedlu tym przebywało około 300 Brytyjczyków i około 50 ich żon. Choć analizowany tutaj temat pojawił się w scenariuszach wywiadów poniekąd przypadkowo, w efekcie zastosowania metody ugruntowanej, gdzie to stopniowo odkrywa się w badaniach nowe interesujące wątki, fragmenty wypowiedzi osób poddanych zabiegowi wazektomii i ich rodzin pozwalają na wysunięcie tez dotyczących najczęstszych motywów poddania się tej operacji. Próba objęta badaniem na temat wazektomii liczyła 98 mężczyzn i 13 kobiet.

Zjawisko wazektomii w skali światowej stale się rozpowszechnia. Według Haldar (Haldar, Cranston, Turner, MacKenzie, Guillebaud 2000) sterylizacja mężczyzn, w kręgach medycznych, została uznana za najlepszą metodę antykoncepcyjną dla mężczyzn. Stało się tak z powodu łatwości, efektywności, skuteczności i rzadkich komplikacji (Hosseini, Abdi 2012). Do 2001 roku szacowano, że około 100 milionów mężczyzn na świecie poddało się temu zabiegowi, jako metodzie planowania rodziny (Weiske 2001). Eisenberg i Lipshutz (2010) oszacowali, że w latach 1998-2002, rocznie do 354 000 Amerykanów poddawało się zabiegowi wazektomii, co oznaczało, że około 6% dorosłych mężczyzn przebyło ten zabieg w 2002 roku. Natomiast wcześniejsze statystyki przytaczane przez Philliber i Philliber (1985)

wskazywały, że w latach 80. 13 milionów Amerykanów poddało się wazektomii. Metoda ta jest od dekad rozpowszechniona i obecna w świadomości mieszkańców Wysp Brytyjskich (Rowlands, Hannaford 2003). Bertero Hallak, Gromatzky, Lucon, Arap (2005) na Brazylijskim Uniwersytecie w Sao Paulo badali wpływ wazektomii na dysfunkcje związane z erekcją. Wyniki ich badań dowiodły, że ryzyko jest znikome, jakkolwiek powinno być wzięte pod uwagę przed podjęciem decyzji o zabiegu. Tu autorzy badań stawiali tezę, że dobre, stabilne, kochające się małżeństwo, jest czynnikiem zmniejszającym ryzyko dysfunkcji, a wręcz czynnikiem rokującym pozytywnie nawet w sytuacji wystąpienia problemów. Stąd można by wyciągnąć wniosek, że wazektomia jest bardziej polecana osobom w udanych i trwałych związkach, co jednakże nie ma przełożenia na wyniki prezentowanych dalej badań incydentalnych.

## **Okaleczenie czy wyzwolenie od determinizmu biologicznego**

Zdaniem Jerzego Damrosza (1998: 28), indywidualizm, samodzielność, wolność, postęp, nowoczesność, stały się najważniejszymi wartościami. W miarę postępu technologicznego człowiek, ujarzmiając siły natury, staje się coraz bardziej wyzwolony od determinizmu biologicznego. Stwarza to jednak nowe zagrożenia. Można tu wymienić szereg nowych uzależnień: od internetu, od zakupów, od operacji plastycznych; przestępstwa w cyberprzestrzeni, rosnące zanieczyszczenie środowiska naturalnego i góry odpadów zagrażających równowadze ekosystemów. Do zjawisk XXI wieku należy kult ciała, niosący ze sobą obsesje wyglądu i liczne choroby cywilizacyjne, chociażby anoreksję i bulimię. Jak pisze Zbyszko Melosik (2010: 9), „społeczna historia człowieka jest także historią jego ciała, a historia ciała z kolei ma swoje wymiary społeczne”. Kobiecość, męskość, seksualność są kategoriami nieodłącznie związanymi z ciałem. Już Foucault (1980) zauważył związki między władzą a wiedzą. W przypadku wiedzy medycznej, można to sprowadzić do kwestii władzy nad ciałem, a dokładnie do ujarzmienia prokreacyjnych determinant biologicznych, bez potrzeby stłumienia popędu seksualnego. Zanikające więzi społeczne, kult pieniądza i co ciekawe w kontekście tego artykułu, starzenie się społeczeństw rozwiniętych i kryzys emerytur to tylko niektóre aspekty zmiany społecznej we współczesnym świecie kultury zachodniej. Ożywione życie seksualne w obliczu katastrofy czy po niej, jest wyrazem instynktu przetrwania gatunku i jednostki (Melosik 2010: 240). Operacja wazektomii może być uważana za zaprzeczenie instynktu przetrwania, eliminując wątek prokreacyjny, a skupiając się wyłącznie na przyjemności. Ta przyjemność, bez zobowiązań, bez konsekwencji, może być zaliczana do kolejnych fenomenów kultury instant, kultury

skupionej na indywidualistycznych dążeniach hedonistycznych. Melosik uważa, że w społeczeństwie konsumpcji, gdzie ludzie nie mogą kontrolować świata zewnętrznego, w którym żyją, przenoszą aspiracje w sferze posiadania kontroli na swoje ciało. Jest to jednak kontrola iluzoryczna. Jak pisze Tetzlaff w *Metatextual Girl...*, przemysł kulturowy popularyzuje i uprawomocnia formy ucieczki od opresji, które powracają i kreują więcej tego samego (za: Melosik 2010: 122). Czyż więc mężczyzna nie czuje presji kulturowej w otoczeniu, w którym popularność zabiegu wzrasta, na bycie „nowoczesnym i świadomym” partnerem dla swojej kobiety? Czy mamy więc większą wolność wyboru, czy jesteśmy sterowani przez niewidzialne siły rynku? Być może podobnie jak w społeczeństwach tradycyjnych „cele są członkom zbiorowości bezrefleksyjnie nadane” (Riesman 1996), a jedynie inne niż w przeszłości, z nastawienia na dużą dzietność, do nastawienia na minimum reprodukcyjne. Mężczyzna i kobieta poinformowani o freudowskich kompleksach, stłumieniach i pochodzeniu nerwic, stawiają coraz więcej wymagań instytucji małżeństwa i pożyciu małżeńskiemu (de Rougemont 1999: 221). Pedagogika społeczna, podobnie jak socjologia, zainteresowana zmianą społeczną, a w tym wypadku zmianą mentalności, czy obyczajów musi stawiać sobie pytanie o granice ingerencji w naturę i o wymiar czysto humanistyczny „sterowania płodnością”.

Już na wstępie można wyłonić szereg wątpliwości natury filozoficznej. Czy zabieg dodaje męskości, czy demaskulinizuje? Czy pomaga, czy przeszkadza kobietom? Czy jest to kolejny krok w kierunku kultury instant, gdzie odbywa się „masowe” wykonywanie zabiegów, jak na taśmie produkcyjnej? Pacjent trafia do kliniki i wychodzi z niej po niecałej godzinie, podczas gdy rezultat zabiegu może mieć znaczny wpływ na całe jego dalsze życie, a wręcz na kształt społeczeństwa w którym żyje. Ponieważ jako zabieg chirurgiczny wazektomia jest jednak znaczącą ingerencją mechaniczną w organizm ludzki, co otwiera poważniejszą debatę, niż stosowanie innych; naturalnych, mechanicznych, czy hormonalnych metod antykoncepcji. Czy wazektomia nie jest celowym samo-okaleczeniem, a jeśli byłaby okaleczeniem, to jak wpisuje się to w etykę lekarską? Czy zabieg jest wyzwoleniem od biologicznego przymusu, uratowaniem od „jarzma” posiadania większej liczby dzieci? Biorąc pod uwagę wzrastające koszty wychowania dziecka ponoszone bezpośrednio z portfeli rodziców, wazektomia może być całkowicie racjonalną decyzją ekonomiczną. Z analiz Centrum im. Adama Smitha, Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego oraz CBOS wynika, że wychowanie dziecka do 20 roku życia w Polsce kosztuje rodziców około 200 tysięcy złotych. Czyż nie jest to idealnym rozwiązaniem dla rodzin wielodzietnych oraz rodzin żyjących w skrajnym ubóstwie? A co z dziećmi z tzw. rodzin patologicznych? Biorąc

pod uwagę liczbę dzieci objętych kosztownymi programami interwencyjnymi „safeguarding children” w krajach anglojęzycznych (50 573 w 2012 r. w samej Wielkiej Brytanii (NSPCC 2012), czy programami przeciwdziałania przemocy w rodzinie, oraz interwencji kryzysowej, można zastanawiać się nad zasadnością „sprowadzania na świat” kolejnych dzieci, wymagających ingerencji państwa w trosce o ich bezpieczeństwo i dobry rozwój. Liczba małoletnich ofiar przemocy w rodzinie odnotowanych w statystykach policyjnych w Polsce w 2012 r. wynosiła 19.172. Jakkolwiek, z punktu widzenia polityki pro-rodzinnej, spadająca dzietność kobiet przyczynia się do rosnących dysproporcji między przyrostem naturalnym, a wydłużeniem życia osób starszych. Z punktu widzenia polityki państwa jest to zjawisko niekorzystne. Zmniejsza się liczba obywateli i nie ma komu pracować na utrzymanie pokoleń zstępujących.

Można również przywołać powtarzające się pytania etyczne o aborcję. Skrajni konserwatyści obyczajowi mogą, dopatrywać się analogii między wazektomią i usunięciem płodu (sic!). Jednocześnie w oczach liberałów, wazektomia może być doskonałym rozwiązaniem zapobiegającym aborcji. Przeprowadzenie reprezentacyjnych i wiarygodnych badań w tym kierunku byłoby wyjątkowo trudne. Pozostaje więc otwarta debata na poziomie teoretycznym.

Czy poprzez wazektomię ludzie chcą wyzwolić się od opieki nad dziećmi? Czy w społeczeństwie nowoczesnym dziecko nie jest już gwarantem opieki nad starym, chorym rodzicem? Czy neurotyczny strach o przyszłość dzieci zniechęca do ich posiadania? Czy wymogi wolnego rynku, zwiększona mobilność społeczna i brak gwarancji zatrudnienia wpływają na umocnienie się modeli rodzin 2+1, 2+2 i 2+0. Jak pisze Kymlicka (1998), brak obowiązku opieki nad dziećmi może być kryterium objęcia określonego stanowiska, stawiając kobiety na przegranej pozycji. Brak dzieci rozwiązuje ten problem. Również i Tinder zastanawia się, czy równouprawnienie kobiet ma prowadzić do „wyzwolenia ich” od opieki nad dziećmi (Tinder 1995: 96)? Jak pisze Rosaldo (1974: 24) „działalność gospodarcza i działalność polityczna są ograniczane przez obowiązki związane z opieką nad dzieckiem”. Zdaniem E. Fox Genovese ruch feministyczny umocnił w kobietach przekonanie o tym, że jedyną prawdziwą pracą jest praca zarobkowa poza domem (Glendon 1998). Fenomen angielskiego wyzwolenia kobiet, od ruchów sufrażystek, poprzez szereg ustaw pro-równościowych, zamknął się w 2003 roku liczebną przewagą kobiet milionerów w Wielkiej Brytanii, ponad liczbę milionerów płci męskiej (Odrawąż-Coates 2008: 21). Czy

popularność zabiegu wazektomii w Wielkiej Brytanii można tłumaczyć zaawansowaną emancypacją kobiet?

W kulturach latynoskich (Prado, Weisfeld, Hill, Slatcher 2013) posiadanie dużej liczby dzieci jest warunkiem podtrzymania wizerunku „macho”. Termin „macho” tradycyjnie kojarzony jest pejoratywnie poprzez wizerunek niemoralnego szowinisty, wykorzystującego i poniżającego kobiety, silnego i agresywnego wobec innych. Jednak bycie „macho”, podświadomie wydaje się mężczyznom atrakcyjne, zawierając element kontroli nad kobietami i „poklasku” innych mężczyzn. Z drugiej strony bycie „macho” jest uznawane przez nowoczesnych mężczyzn za coś *pasé* i w złym tonie. Jak to pogodzić? W mężczyznach drzemie chęć sprawdzenia się i chęć rywalizacji. Zabieg wazektomii można porównać do plemiennych „rytuałów przejścia”, do podjęcia bolesnej i przerażającej próby, w celu wykazania się „męskością”, odwagą, odpornością na ból. Czyż to nie jest bardziej męskie niż tradycyjne zachowania „macho”? A może mężczyzna to właśnie „słaba płeć” (Melosik 2010: 241), manipulowana rosnącymi roszczeniami kobiet. Melosik zauważa, że kobieta stając się bardziej dostępna, stała się równocześnie bardziej zagrażająca, podważając męskie ego i napełniając mężczyzn obawą przed niezaspokojeniem jej „nienasyconych potrzeb”. Wyrazem tego może być stawianie większych wymagań mężczyznom w związku i tym samym przeniesienie na nich odpowiedzialności za skutki aktywności seksualnej. Według Melosika (2010: 150), mężczyzna rezygnując z aspiracji w sferze kontrolowania świata i ludzi, uważa swoje ciało za ostatnie terytorium, nad którym może panować.

## **Studium przypadku – osiedle zamknięte**

Przechodząc do badań, należy podkreślić, że podjęto je z czystej ciekawości i dociekliwości badawczej, wywołanej zasłuchanymi w sytuacjach nieformalnych rozmowami mieszkańców osiedla zamkniętego. Badanie miało charakter incydentalny, a dobór respondentów był dobozem przypadkowym, w związku z czym rezultaty należy traktować z należytą ostrożnością, nie dopuszczając do generalizacji. Na początku opisana zostanie charakterystyka próby, a następnie przedstawione zostaną wypowiedzi i postawy osób, w jakiś sposób „dotkniętych” zabiegiem wazektomii. Pośród badanych mężczyzn aż 60% było, albo aktualnie jest rozwiedzionych (stan na 1 czerwca 2012). Około połowa badanych w czasie wywiadów była w stałym sformalizowanym związku. Tylko 12 z badanych mieszkało na osiedlu ze swoimi rodzinami (żonami), pozostali zostawili żony i partnerki za granicą (ci, którzy nie posiadali świadectw ślubu, nie uzyskali by zgody na wizę i zamieszkanie z

konkubinami z uwagi na ścisłe restrykcje religijno-prawne ze strony saudyjskiego systemu wizowego).

Wśród respondentów panowała rozbieżność wieku od 24 do 67 lat. Najwięcej, bo 65% próby stanowili mężczyźni w wieku 35-50 lat. 46% mężczyzn przyznało się do przeprowadzenia zabiegu wazektomii, kolejnych 8 mężczyzn rozważało taką możliwość w najbliższym czasie. To wyjątkowo dużo w porównaniu z szacunkami brytyjskiej państwowej służby zdrowia, która podaje, że w 2009 roku po wazektomii było około 16% Brytyjczyków w grupie 16-69 lat (zob. tabela nr. 2). Dwóch z badanych mężczyzn było po zabiegu przywrócenia płodności, jeden cieszył się z niedawnych narodzin córki, w efekcie sztucznego zapłodnienia przy pomocy zamrożonego nasienia. Pośród osób po wazektomii, większość, bo aż 87% miało przed zabiegiem dzieci w liczbie od jednego do czterech. Najmłodszy (do 36 roku życia) znajdował się w 13% bezdzietnych mężczyzn. To właśnie oni, najczęściej wypowiadali się o „lęku przed finansowymi konsekwencjami poczęcia dziecka z przypadkową partnerką lub kobietą, co do której nie są pewni, jak długo potrwa ich związek”. Dla nich wazektomia była sposobem na spokój sumienia i – do pewnego stopnia – na bez troski seks bez zobowiązań. Lęk przed konsekwencjami życia intymnego był silniejszy niż strach przed bólem. W większości posiadali stałe partnerki, kilku z nich było rozwiedzionych, trzech było aktualnie w „wolnych związkach”, czterech nie lubiło się angażować i liczyło na przypadkowe kontakty. Jeden niedawno ożenił się i „z miłości dla młodej żony pragnącej dziecka” poddał się zabiegowi ponownego połączenia nasieniowodów. Podobno było „to najboleśniejże doświadczenie w jego życiu, gorsze niż zdrada i rozwód z pierwszą żoną”. Również pośród żonatych mężczyzn, dla kilku z nich wazektomia była przepustką do pozamałżeńskiego seksu bez zobowiązań. Dwóch z nich przyznało, że regularnie podróżują do Tajlandii i innych miejsc na świecie w celach zaspokojenia swoich potrzeb seksualnych. Około 20% badanych twierdziło, że nie chcą mieć więcej dzieci, że aktualny kształt ich rodziny lub rodzin (w przypadku dzieci z kilku związków) ich zadowala i nie planują powiększania rodziny. Kolejne 18% powiedziało, że wazektomii poddali się z miłości do swoich żon bądź partnerek, które tego od nich żądały. Prawie 10% twierdziło, że lubią być odpowiedzialni za siebie, lubią mieć wszystko pod kontrolą, są dojrzały i „na siebie wzięli konieczność kontroli urodzeń, by odciążyć kobiety, które to na ogół są zmuszone zadbać o »bezpieczny seks«”. Pięciu mężczyzn powiedziało, że to jest kierunek na przyszłość dla „światłych” mężczyzn, świadomych swoich praw i obowiązków, oraz że to wspaniałe, iż medycyna pozwala na to rozwiązanie. Te odpowiedzi zbliżone są do opinii mężczyzn po zabiegu wazektomii w Nowej Zelandii, badanych przez



Terry i Brauna (2011). Dwóch brytyjskich respondentów poddało się wazektomii pod wpływem kolegów, którzy namówili ich do tego po ciężkich rozwodach. Kolejnych dwóch twierdziło, że z przyczyn finansowych nie wyobrażają sobie zakładania następnej rodziny i można było odnieść wrażenie, że to jest ich „zemsta” na kobietach. Większość respondentów przyznała, że działała między innymi z pobudek finansowych, kosztów utrzymania i wychowania kolejnych dzieci. Jeden powiedział: „od kiedy »strzelam ślepakami«, moja żona docenia moje poświęcenie, ból i wstyd i jest bliżej mnie, czuję jej miłość, czuję, że docenia to, że to ja wziąłem na siebie odpowiedzialność... Ona teraz nie boi się ze mną kochać, zniknęły bariery, zniknęły ograniczenia. Od zabiegu, nigdy nie boli jej głowa, a wręcz sama inicjuje seks. Zabieg był tego wart”. Cztery spośród badanych osób były nastawione całkowicie negatywnie do zabiegu wazektomii, jako niemoralnego i sprzecznego z prawami natury. Pięciu mężczyzn kojarzyło zabieg z impotencją i wstydem. Pozostali stwierdzili, że „nikomu nie pozwolą zbliżyć się do swoich jąder”. Co wydaje się interesujące, wszyscy mężczyźni, którzy przyznali się do zabiegu, chętnie i bez ogródek mówili o tym, że poddali się zabiegowi wazektomii. Można było odnieść wrażenie, że są z tego dumni. Kilkunastu z nich wypowiedziało się o tym, że zabieg świadczy o odwadze i byciu „prawdziwym mężczyzną, który nie boi się bólu”. Kojarzy się to z rytuałami inicjacyjnymi w krajach afrykańskich, gdzie młodzi chłopcy poddani są sprawdzianowi wytrzymałości bólu i odwagi. Być może świadczy to o tym, że osoby bardziej otwarte i odważne chętniej poddają się tej operacji, a może osoby o większej tolerancji ryzyka? Cechy osobowe nie były jednak poddane pomiarom, stąd to jedynie przypuszczenia. Tylko czterech mężczyzn na 46 badanych, stwierdziło, że odczuwało znaczny długotrwały dyskomfort po zabiegu, co można by było uznać za komplikacje pooperacyjne. Jeden z nich przyznał, że jego narządy płciowe były początkowo fioletowo-czarne i zainfekowane, a ból utrzymywał się przez kilka miesięcy. To pokrywa się z wynikami badań Awsare’a i innych (Anware, Krishnan, Boustead 2005, którzy do powikłań wliczali minimalne zagrożenie infekcją, nikły odsetek problemów z erekcją. Jednak u 1-2% badanych przez nich mężczyzn pojawiał się ciągnący lub rwący ból jąder przez kilka do nawet kilkunastu tygodni.

Badane kobiety w większości nie miały wyrobionego zdania odnośnie wazektomii, oprócz tych czterech, których mężowie poddali się tej operacji. Jedna z nich powiedziała „Ja bardzo bym chciała mieć więcej dzieci, ale po tym jak S. zobaczył mnie w szpitalu z naszym najmłodszym synem, wyszedł i poszedł prosto zapisać się na zabieg. On chyba nie dałby psychicznie rady z kolejnym noworodkiem... Mamy dwie córki i syna i to jest zdaniem S. najdoskonalszy układ. Powiedział mi, że na więcej dzieci nie ma miejsca w samochodzie i

koniec! Ja byłam trochę rozżalona, że nie konsultował tej decyzji ze mną, ale bóle jakie odczuwał przez kilka miesięcy po zabiegu były wystarczającą karą...”. Kolejna uważała, że to, iż jej mąż poddał się zabiegowi jest dowodem jego miłości i oddania rodzinie, „czuję się spokojna, że nawet jeśli coś go najdzie, na jakiś głupi wybryk, po pijaku z kolegami..., to przynajmniej nie wpłynie to destrukcyjnie na naszą rodzinę i ja nie będę miała powodu się o tym dowiadywać”. Pozostałe dwie respondentki myślały inaczej. Czują, że ta decyzja cementuje ich związki, jest przejawem poświęcenia ich mężczyzn, dla ich zdrowia i swobody, dla wspólnej przyjemności i intymności. Jedna z pozostałych kobiet w próbie twierdziła: „jak będę myślała, że chce mnie zostawić, to zmuszę go do tego zabiegu, w końcu doznania miłosne, to jego przyjemność, niech się poczuwa do odpowiedzialności... No, a jak już się »wykastruje«, to przynajmniej żadna inna baba po mnie nie będzie z niego ciągnąć alimentów”.

Cztery badane uważały, że niektórzy mężczyźni byliby zdolni do zatajenia faktu swojej niepłodności przed partnerką, w celu wykorzystania jej starań o dziecko i były przeciwne wazektomii, twierdząc, że może prowadzić do rozwiązłości.

## **Wazektomia – dobra czy zła? Dyskusja**

Księża katolicy, w wywiadach przeprowadzonych w lutym i marcu 2013, zgodnie uważali, że wazektomia to zło moralne. Polscy księża, w przeciwieństwie do brytyjskich, w pierwszej chwili nie rozpoznawali pojęcia „wazektomia” i dopiero po wyjaśnieniach „kojarzyli” o jaki zabieg chodzi. Dwóch z nich odwoływało się do przymusowej kastracji Romów przez nazistów. Nie mogłam znaleźć informacji na ten temat, poza tą, że w byłej Czechosłowacji w latach 80. i 90. ubiegłego wieku 90 000 Cyganek (kobiet) zostało poddanych sterylizacji wbrew swojej wiedzy lub woli (Stoyanova 2013, *Sterilised Roma...* 2011). Samples (1996) pisał również o 400 dzieciach płci obojga, z małżeństw „rasowo-mieszanych”, które zostały wysterylizowane przez nazistów na podstawie „Prawa o zapobieganiu chorobom dziedzicznym” w 1937 roku, w Rzeszy Niemieckiej. Niedawno przymusową sterylizacją zagrożeni byli mieszkańcy Rwandy i innych krajów afrykańskich (Moszynski 2009).

Księża kwestionowali wolność wyboru w tej kwestii, jako „kierunku, w którym szatan prowadzi ludzkość do upadku moralnego poprzez rosnącą rozwiązłość”. Pytali o to, „kto zaludni ziemię”, gdy wszyscy mężczyźni poddadzą się zabiegowi. Jeden zapytał, „a co jeśli w wypadku samochodowym zginie cała rodzina, wówczas mężczyzna nie będzie mieć

szans na ponowne stworzenie rodziny i skazany będzie na samotność”. Na myśl o ekstrakcji nasienia, bezpośrednio z przewodów i wstrzyknięcia go w dniu płodnym kobiecie, pytali, o to „czy ludzie już zupełnie myślą, że są Stwórcą? (...) Decydują o poczęciach, ingerują w naturę (...) Ludziom brakuje pokory (...) to nie prowadzi do niczego dobrego”. Zapłodnienie in vitro jest potępiane przez Kościół Katolicki, więc wątek banków spermy nie został poruszony w rozmowach z duchownymi.

Co ciekawe angielski ksiądz proboszcz powiedział jedynie, „(...) nie nam sądzić, ale katechizm jednoznacznie potępia celowe okaleczanie swojego ciała bez powodów medycznych”.

Pastorzy protestanccy z hrabstwa Lincolnshire byli znacznie bardziej liberalni w tym zakresie, podkreślali jednak, że ich wypowiedzi nie są oficjalną linią Kościoła anglikańskiego, a jedynie ich osobistą opinią. Jeden z nich sam poddał się wazektomii i wyraził swój zachwyt dla postępu technologicznego, powiedział: „Bóg cieszy się, gdy ludzie wynajdują szczepionki na choroby, leki na zarazę, kiedy rośnie ich wiedza, przecież bez Boga, to by się nie udało. Może to jest odpowiedź na przeludnienie Afryki, na głód, kto wie, nikt nie zna planu bożego”. Drugi pastor, powiedział m.in.: „Bóg dał nam wolną wolę, my wybieramy co dla nas dobre, Bóg jest litością i miłością i wybacza nam błędy, więc ja bym się nie przejmował. Ważne, żebyśmy podejmowali przemyślane decyzje i modlili się do Boga o pomoc w ich podjęciu (...) Wystarczy pomyśleć czy w efekcie będziemy czynić dobro, czy wyrządzimy komuś zło”.

Różnice w podejściu do wazektomii pośród duchownych polskich i brytyjskich mogą wynikać nie tylko z różnic kulturowych, ale zasięgu występowania tego zjawiska i jego stosunkowej nowości w Polsce. Zabiegi wykonywane są tu dopiero od dekady. Mimo że w Polsce wazektomia, jako metoda antykoncepcji nigdy nie była zabroniona ani karalna, w internecie można znaleźć jedynie kilka klinik w skali całego kraju (po jednej w Warszawie, Krakowie, Gdyni, Poznaniu, Katowicach i we Wrocławiu), które przeprowadzają bezskalpelowe zabiegi wazektomii już od 2000 złotych. Co więcej Polskie Prawo i Konstytucja gwarantują zarówno prawo, jak i obowiązek podejmowania świadomych decyzji o własnym zdrowiu. Jednakże niektórzy powoływali się na art. 156, §1 Kodeksu Karnego, który stwierdza: „kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci (...) zniekształcenia ciała, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10”. Dla prof. Mariana Filara, kierującego Katedrą Prawa Karnego i Polityki Kryminalnej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu: „Zdolność płodzenia jest dobrem indywidualnym i nie należy do społeczeństwa, tylko do konkretnego człowieka. Jeśli zgadza się on, aby tę zdolność utracić,

a jest choćby kilkunastoprocentowa szansa na zabieg odwrotny, to nie ma problemu” (Jakubowski ?). Zabiegu tego nie da się porównać na przykład z aborcją, jednak naród o korzeniach katolickich po pierwsze nie ma jeszcze świadomości tej metody, po drugie może ją kwestionować na podstawie Katechizmu Kościoła Katolickiego, który jednoznacznie ją potępia. W artykule IV, dotyczącym szóstego przykazania, pośród wykroczeń przeciw godności małżeństwa, w paragrafie 2399 napisano, że: „kontrola urodzeń jest jednym z przejawów odpowiedzialnego ojcostwa i macierzyństwa. Jednak, prawość intencji małżonków nie usprawiedliwia odwołania się do środków moralnie niedopuszczalnych na przykład sterylizacji bezpośredniej, czy antykoncepcji” (Katechizm Kościoła Katolickiego 1994 i *Catechism of the Catholic Church* ?).

Ciekawe wydaje się podejście uczonych przedstawicieli świata islamu, którzy również potępiają wazektomię (Ibrahim 2014). Na przykład organizacja Muslim Solution Team, w odpowiedzi na zapytanie w tej sprawie odpowiedziała: „Nie dopuszcza się pozwolenia na wazektomię u mężczyzn. Nie ma powodów medycznych, które wymagałyby zastosowania tej procedury. Wszyscy uznani uczeni islamscy są zdania, że wazektomie są »haram« tzn. zabronione. Jedynym powodem dla którego człowiek miałby poddać się temu zabiegowi jest seks bez odpowiedzialności za poczęcie i wychowanie dzieci”. Z drugiej strony nie sposób nie zauważyć rozporządzenia Wielkiego Irańskiego Ajatollaha, Ali Khamenei, który wydał dekret religijny, że w chwili gdy „rozum dyktuje człowiekowi, że nie potrzebuje już więcej dzieci, wazektomia jest dozwolona” (MacFarquhar 1996<sup>1</sup>). Była to odpowiedź na boom demograficzny.

Aspekt rozumu można tłumaczyć jako przemyślaną, dojrzałą i nie-pochopną decyzję. Uzyskaniu takowej służą kilkukrotne konsultacje medyczne i wywiad psychologiczny przed zabiegiem, wypełnienie szeregu podań i kwestionariuszy oraz czas oczekiwania, nie dyktowany brakiem miejsc na zabieg, a racjonalnością wyboru, czasem do namysłu. Podczas konsultacji przygotowujących lekarz zbiera informacje demograficzne i biograficzne o pacjencie, jak również rozważa z nim za i przeciw tej procedurze.

## **Konkluzje – czy wazektomia to przyszłość planowania rodziny?**

Cytując za Z. Baumanem (2008): „Lęk, to nazwa, jaką nadajemy naszej niepewności: naszej niewiedzy o zagrożeniu i o tym, co należy zrobić, żeby go natychmiast opanować – albo odeprzeć, jeśli opanowanie go jest ponad nasze siły”. Wazektomia w tym spojrzeniu może pomóc w konfrontacji z realnym, ale krótkotrwałym zagrożeniem – bólem, w celu

pozbycia się długotrwałego lęku przed konsekwencjami aktywności seksualnej. Rozważając za i przeciw wazektomii, interesujące wydaje się zagadnienie zaufania i wierności małżeńskiej w małżeństwach, w których metoda ta zawodzi (*Vasectomies don't always...* 2007). Choć dzieje się tak bardzo rzadko (skuteczność 99,9%), ten niewielki ułamek procenta może wywołać rozpad małżeństwa lub poważne perturbacje związane z wątpliwościami, co do ojcostwa „nieplanowanego” potomka. Metoda ta, gdy zawiedzie, może mieć negatywny wpływ na związek. Jednakże nie można zapomnieć o pozytywnej funkcji medycznej w przypadku rodziców, którzy są zarażeni poważną chorobą weneryczną czy wirusem HIV, oraz gdy są świadomi, że mają poważną wadę genetyczną, której nie chcą przekazać potomstwu. Wyeliminowanie zagrożenia urodzenia „obciążonego” dziecka jest dla nich ulgą. Wazektomia nie jest dobra dla państw, w których panuje duży niż demograficzny, ale z drugiej strony może być pomocnym rozwiązaniem dla najuboższych rodzin wielodzietnych, w trudnej sytuacji finansowej. Moralnie nagannie można by ocenić przymusową wazektomię dla mężczyzn z zaburzeniami psychicznymi, niedorozwojem umysłowym, wysokim stopniem niepełnosprawności, wadami genetycznymi. Choć sterylizacja nie jest stosowana wobec więźniów, można zastanawiać się nad pozytywnym aspektem tego rozwiązania w przypadku recydywistów gwałcicieli. Wazektomia chroniłaby potencjalne ofiary choć przed tę jedną konsekwencją, niechcianą ciążą w wyniku gwałtu (Furmaga 2000). Można powiedzieć z pełnym przekonaniem, że wpływ zabiegu na zdrowie pacjenta jest nieporównywalnie mniejszy niż długoterminowe stosowanie preparatów hormonalnych i ma nieporównywalnie łagodniejszy przebieg niż jej żeńskie odpowiedniki. Strach mężczyzn przed powikłaniami, kłopotami z erekcją, spadkiem libido, są statystycznie nieuzasadnione (Philliber, Phillibe 1985 i Terry, Braun 2011). Pozostaje wstyd związany z zabiegiem urologicznym oraz kulturowe stereotypy, w których płodność przekłada się na wizerunek „macho”. W badanej próbie Brytyjczyków wystąpiła niespotykana dużą proporcją mężczyzn po opisywanym zabiegu. Częściowo można to tłumaczyć tym, że ponad przeciętnie dużo z nich było rozwiedzionych. To prowadziło do większych obciążeń finansowych motywując ich do podjęcia pracy na Bliskim Wschodzie. Obciążenia alimentacyjne oraz porozwodowe spustoszenie emocjonalne można uznać za jedne z czynników wpływających na decyzję o wazektomii. Obok nich można wymienić większą niż przeciętna liczbę dzieci 3-4. Im wyższy wiek badanych, tym częstsza też decyzja o tym zabiegu. Żaden z badanych mężczyzn za przyczynę nie podał trudnej sytuacji ekonomicznej, a jedynie ekonomiczne zracjonalizowanie decyzji o przyszłym potomstwie. Żaden nie wyraził obaw o bycie starszym ojcem z powodu zwiększonego ryzyka wad wrodzonych u dzieci, ani z powodów

kulturowych. Mężczyźni poddani zabiegowi mieli znacznie lepszy stosunek do zabiegu niż badane kobiety i niż pozostali mężczyźni z próby.

W badaniach na osiedlu brytyjskim większość mężczyzn poddanych zabiegowi była rozwiedziona (choć to nie wyklucza, że podczas omawianych badań byli już w nowych udanych związkach). Według Philliber (Philliber, Philliber 1985), na podstawie badań przeprowadzanych w krajach Ameryki Południowej i Północnej, oraz w Bangladeszu i w Indiach, udany, stabilny związek małżeński był jednym z najważniejszych czynników wpływających na decyzję o wazektomii. Jedynie pacjenci z próby wyłonionej w Wielkiej Brytanii wykazywali odwrotną tendencję. Jednym z powodów podjęcia pozytywnej decyzji o wazektomii, była mniejsza obawa o utrzymanie satysfakcjonującego życia seksualnego po operacji (Philliber, Philliber 1985) To pokrywa się z wynikami badań własnych.

Wszyscy respondenci z badanego osiedla, poddani zabiegowi wazektomii wyrazili opinię, że przeszliby tę procedurę ponownie, gdyby mieli szansę zawrócić czas. Co ciekawe, twierdzili tak nawet ci, którzy poddali się zabiegowi ponownego połączenia nasieniowodów. Może być to odzwierciedleniem teorii Aronsona (2012) o „wpływie nieodwołalności decyzji” na to, czy u danej osoby, po dokonaniu wyboru, wystąpi dysonans poznawczy. A także o „efekcie uporczywości”, czyli kurczowego trzymania się własnego zdania na jakiś temat. Natomiast Mary Ruth Wright (1972) uznała, że motywacja pacjentów wybierających wazektomię, nie tylko ukazuje przyczyny ich decyzji, ale przede wszystkim wskazuje na wysoki poziom ich dojrzałości emocjonalnej i zdolności poznawczych. Jej artykuł dowodzi również, że wazektomia nie jest nową metodą, a rozwiązaniem, które od lat 70. zostało znacznie udoskonalone.

Używając klasyfikacji H. Radlińskiej, przedmiotem badań medycyny społecznej jest stan zdrowia ludności oraz wpływające na niego czynniki społeczne i przyrodnicze (Radlińska 1961). Pomijanie w piśmiennictwie z zakresu nauk społecznych zjawiska wazektomii znacznie zubaża wiedzę o przemianach kulturowych w mentalności i obyczajowości współczesnych społeczeństw rozwiniętych, w obliczu znacznego postępu medycyny i propagacji „kultury instant”. Popularność opisanego zabiegu w Wielkiej Brytanii wynika zapewne ze zmieniającego się modelu rodziny, aspiracji kobiet i mężczyzn oraz relacji między płciami.

## Bibliografia

- Aronson E. (2012). *Człowiek – istota społeczna*. Warszawa: PWN.
- Awsare N.S, Krishnan J., Boustead G.B. et al. (2005). *Complications of vasectomy*. “Annals of The Royal College of Surgeons of England”, 87(6), 406-410.
- Bauman Z. (2008). *Płynny lęk*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Bertero E., Hallak J., Gromatzky C., Lucon A. M., Arap S. (2005). *Assessment of sexual function in patients undergoing vasectomy using the international index of erectile function*. “International Brazilian Journal of Urology”, 31(5), 452-458.
- Catechism of the Catholic Church* (?), <http://www.scborromeo.org/ccc/p3s2c2a6.htm#2399> [17.03.2013].
- Damrosz J. (red.) (1998). *Kultura polska w nowej sytuacji historycznej*. Warszawa: Instytut Kultury.
- de Rougemont D. (1999). *Miłość a świat kultury zachodniej*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- De Stefano C. (2010). *Niepokorne kobiety które zmieniły świat*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Eisenberg M.L., Lipshutz L.I. (2010). *Estimating the number of vasectomies performed annually in the United States: data from the National Survey of Family Growth*. „Urology” 184(5), 2068-2072.
- Foucault M. (1980). *Power/Knowledge. Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. New York: Pantheon Books.
- Furmaga L. (2000). *Gwałt*. Gdańsk: Tower Press.
- Glendon M. A. (1998). *Spojrzenie na nowy feminizm*. „Więź” 1.
- Haldar N., Cranston D., Turner E., MacKenzie I., Guillebaud J. (2000). *How reliable is a vasectomy? Long-term follow-up of vasectomised men*. „Lancet” 356, 43-44.
- Hosseini H., Abdi F. (2012). *Experiences of Vasectomy: A Phenomenological Study*. „North American Journal of Medical Sciences” 4(12), 619-623.
- Ibrahim A. (2014). *Islam and birth control*, <http://islamiclearningmaterials.com/islam-birth-control> [17.03.2013].
- Jakubowski M. (?). *Z prawnego punktu widzenia*, <http://www.swiat-zdrowia.pl/arttykul/z-prawnego-punktu-widzenia> [17.03.2013].
- Katechizm Kościoła Katolickiego* (1994). Poznań: Pallottinum.
- Kymlicka W. (1998). *Współczesna filozofia polityczna*. Kraków: Znak.

- Łoś M. (1993). *Czy feminizm wyzwolił kobiety Ameryki Północnej?*. „Więź” 1.
- MacFarquhar N. (1996). *With Iran population boom, vasectomy receives blessing*. „New York Times”, <http://www.nytimes.com/1996/09/08/world/with-iran-population-boom-vasectomy-receives-blessing.html> [17.03.2013].
- Melosik Z. (2010). *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*. Kraków: Impuls.
- Moszynski P. (2009). *Rwanda denies plan to forcibly sterilise people with learning difficulties*. „British Medical Journal” 339(6), b2712.
- NSPCC (2012). Child protection registers statistics – Number of children on child protection registers or subject to a child protection plan at 31 March 2012.
- Odrowąż-Coates A. (2008). *Sytuacja kobiety aktywnej zawodowo w Polsce i we Włoszech*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Philliber S. G., Philliber W. W. (1985). *Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review*. „Studies in Family Planning, Population Council” 16(1), 1-29.
- Prado Y., Weisfeld C., Hill E., Slatcher R. B. (2013). *Machismo and Marital Satisfaction in Mexican American Couples*. „Journal of Cross-Cultural Psychology” 44(2), 299-315.
- Przeclawska A. (1996). *Pedagogika społeczna – Kręgi poszukiwań*. Warszawa: Wydawnictwo Żak.
- Radlińska H. (1961). *Pedagogika społeczna*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Riesman D. (1996). *Samotny tłum*. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie „Muza”.
- Rosaldo M. Z. (1974). *Women, culture and society: a theoretical overview* [w:] Rosaldo M. Z., Lamphere L. *Women Culture and Society*. Stanford CA: Stanford University Press.
- Rowlands S., Hannaford P. (2003). *The incidence of sterilisation in the UK*. „BJOG British Journal of Obstetrics and Gynaecology: An International Journal” 110(9), 819-824.
- Samples S. (1996). *African Germans in the Third Reich* [w:] Blackshire-Belay C. A. *The African German Experience*. Westport and London: Praeger Publishers.
- Sterilised Roma woman wins human rights appeal* (2011), <http://www.humanrightseurope.org/2011/11/sterilised-roma-woman-wins-human-rights-appeal/> [17.03.2013].
- Stoyanova G. (2013). *Forced sterilization of Romani women – a persistent human rights violation*, <http://romediafoundation.wordpress.com/2013/02/07/forced-sterilization-of-romani-women-a-persisting-human-rights-violation/> [17.03.2013].



Terry G., Braun V. (2011). *I'm committed to her and the family: positive accounts of vasectomy among New Zealand men.* „Journal of Reproductive & Infant Psychology” 29(3), 276-291.

Tinder G. (1995). *Myślenie polityczne, odwieczne pytania.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

*Vasectomies don't always prevent pregnancy* (2007), <http://www.webmd.com/sex/birth-control/news/20040505/vasectomies-pregnancy-prevention> [17.03.2013].

Weiske W. H. (2001). *Vasectomy.* „Andrologia” 33, 125-134.

Wright M.R. (1972). *Psychological Aspects of Vasectomy Counseling.* „The Family Coordinator, National Council of Family Relations” 21(3), 159-265.

## Tabele

Tabela nr 1. Proporcja mężczyzn po zabiegu wazektomii w Wielkiej Brytanii oraz refundacja przez NHS (National Health Service)

<i>Mężczyźni 16-69 lat</i>	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09
<i>Mężczyźni po wazektomii</i>	17%	15%	18%	17%	18%	18%	17%	18%	16%
<i>Zabieg na koszt Narodowego Funduszu Zdrowia</i>	66%	66%	69%	71%	72%	73%	78%	74%	73%

Źródło: Contraception and Sexual Health 2008/09, Office for National Statistics (2009).

Tabela nr 2. Proporcja mężczyzn po zabiegu wazektomii w 2009 roku a ich wiek (Wielka Brytania)

<i>Wiek mężczyzn</i>	16-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-64	65-69	<i>Łącznie</i>
<i>Proporcja mężczyzn w populacji</i>	1%	4%	9%	21%	26%	29%	29%	32%	16%

Źródło: Contraception and Sexual Health 2008/09, Office for National Statistics (2009).