

## FUNKCJA PROKREACYJNA NA ROZDROŻU?

MIKOŁA GĘBKA

ABSTRACT. Gębka Mikołaj, *Funkcja prokreacyjna na rozdrożu?* (The procreative function at crossroads?). Dysfunkcje rodziny. Roczniki Socjologii Rodziny, XXI, Poznań 2011. Adam Mickiewicz University Press, pp. 37-55, ISBN 978-83-232-2390-0. ISSN 0867-2059. Text in Polish with a summary in English.

Mikołaj Gębka, Instytut Socjologii, Wyższa Szkoła Gospodarki (Institute of Sociology, The University of Economy), ul. Garbary 2, 85-229 Bydgoszcz, Poland.

Kiedy w analizach funkcji, jakie w stosunku do społeczeństwa oraz swoich członków pełni rodzina, pojawia się pytanie o to, która z funkcji jest najważniejsza – niewątpliwie nie da się udzielić jednoznacznej odpowiedzi wskazującej którąś z nich. Można natomiast – jak się wydaje – bez większego problemu wskazać, która z funkcji jest najbardziej pierwotna (pierwotna w sensie uprzednia w stosunku do innych) i która znajduje się u podstaw każdej rodziny. Za taką można uznać funkcję prokreacyjną, związaną z przysparzaniem rodzinie i społeczeństwu nowych członków. Można powiedzieć, że jest ona uprzednia w stosunku do innych funkcji rodziny w tym sensie, że bez pojawienia się dziecka trudno mówić o rodzinie – małżeństwo jako diada jest jedynie jej załączkiem czy rodziną potencjalną. Co więcej, funkcja seksualna, wydzielona w pewnym momencie z prokreacyjnej, dotyczy w zasadzie diady małżeńskiej, a nie całej rodziny (pomijając sytuacje patologiczne oraz sytuacje, w których – coraz częściej – jest ona realizowana poza diadą małżeńską).

W tym miejscu trzeba krótko przypomnieć wywodzące się z poznańskiego nurtu badań nad rodziną ujęcia samej funkcji rodziny. Pomijając tu znane i często cytowane definicje, warto przypomnieć ich sens zawarty w schematach zaproponowanych przez autorów. Chodzi tu o schemat *zadania – działania – skutki*, w którym Z. Tyszka streszcza swoją definicję funkcji rodziny właśnie jako zadania, które wymuszają pewne działania, a te z kolei prowadzą do określonych skutków. Cennym rozwinięciem wspomnianej koncepcji jest propozycja A. Kotlarskiej-Michalskiej, która dodała do wspomnianego

zestawu jeszcze dwa elementy – postawy oraz oddziaływania wzajemne<sup>1</sup>. Wyróżnienie powyższych elementów składających się na funkcję jest o tyle istotne, że kwestie (pewne trudności, problemy, dysfunkcje związane z funkcją prokreacyjną), które zostaną przywołane w dalszej części niniejszego artykułu, mogą dotyczyć funkcji jako całości, ale mogą również być powiązane w sposób szczególny z konkretnymi aspektami pojęcia funkcja, a zarazem przekładać się na całokształt teje – np. postawa niechęci do posiadania dzieci przekładać się może na zaniechanie realizacji funkcji prokreacyjnej. Z kolei np. niepłodność powoduje, że mimo postaw ukierunkowanych na prokreację i podejmowania odpowiednich działań, skutek nie może zostać osiągnięty.

Aby można było mówić o prawidłowej czy skutecznej realizacji funkcji prokreacyjnej, która dokonuje się w sposób społecznie pożądany – musi zostać spełnionych kilka warunków, lub mówiąc inaczej – proces prokreacji musi przejść przez kilka etapów. Sadzę, że można zaliczyć do nich następujące kwestie:

- 1) wola realizacji czy też pewna otwartość na prokreację,
- 2) dojrzałość do prokreacji (np. właściwy wiek),
- 3) możliwość skutecznego poczęcia,
- 4) możliwość bezpiecznego donoszenia ciąży / wola donoszenia ciąży,
- 5) możliwość urodzenia żywego dziecka,
- 6) przeżycie narodzonego dziecka.

W przypadku ostatniego z wymienionych tu warunków można dyskutować, jaki wiek dziecka powinno się uznać za moment graniczny, po przekroczeniu którego śmierć nie byłaby traktowana jako związana z prokreacją (nieudaną). Trudność ta wynika chociażby stąd, iż można znaleźć kilka wskaźników demograficznych odwołujących się właśnie do problemu śmierci dziecka, które sygnalizują np. stan opieki medycznej, czy nawet rozwoju cywilizacyjnego. W przypadku wspomnianych wskaźników datami granicznymi są ukończone: pierwszy tydzień życia, pierwszy oraz piąty rok. Oczywiście, subiektywnie patrząc – przyjmowanie takich umownych progów może być w ogóle bez sensu, gdyż dla rodziców śmierć dziecka – niezależnie od jego wieku – może być czynnikiem powodującym poczucie niepowodzenia prokreacyjnego – rozumianego chociażby jako niepozostawienie po sobie potomka czy „przeżycie” go. Można jednak sądzić, iż dla obecnych rozważań taką datą graniczną może być właśnie ukończony pierwszy rok życia.

Dopiero spełnienie powyższych<sup>2</sup> warunków pozwala – zdaniem autora – uznać prokreację za zakończoną sukcesem. Jednakże na każdym etapie re-

<sup>1</sup> Por. Z. Tyszka, *Socjologia rodziny*, Warszawa 1974; Z. Tyszka, *System metodologiczny wieloaspektowej integralnej analizy życia rodzinnego*, Poznań 2001; A. Kotlarska-Michalska, *Funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca wielkomiejskich rodzin pracowniczych*, Poznań 1990.

<sup>2</sup> W odniesieniu do dwóch pierwszych warunków można przyjąć, iż brak ich spełnienia w niektórych sytuacjach może ostatecznie i tak prowadzić do sukcesu prokreacji.

alizacja funkcji prokreacyjnej może zostać zagrożona. Niniejszy artykuł jest więc próbą przeglądu możliwych zagrożeń i trudności, jakie mogą pojawić się w kontekście powoływania do życia nowego człowieka. W tym miejscu trzeba uczynić uwagę, iż niniejszy artykuł nie pretenduje do tego, by został uznany za wyczerpującą analizę zagadnienia. Ma on być raczej przyczynkiem do dalszych analiz i próbą wskazania pewnych kierunków czy obszarów, które wymagają analizy, a przynajmniej są wartym zainteresowania.

Trzeba pamiętać, że prokreacja i to, co się wokół niej dzieje, jest przestrzenią, w której w bardzo silny sposób ścierają się różne systemy wartości, można powiedzieć wręcz, iż sposób patrzenia na prokreację i to, co się z nią wiąże, jest bardzo silnie nasycony aksjologicznie. Skutkuje to tym, iż niektóre kwestie, o których będzie mowa w dalszej części artykułu, bywają oceniane w odmienny sposób przez osoby reprezentujące np. światopogląd konserwatywny i liberalny – to, co dla konserwatysty jest sytuacją problemową, dla liberała może być jak najbardziej pożądaną i na odwrót. Niemniej są również takie kwestie, co do dysfunkcyjnego charakteru których nie ma wątpliwości, niezależnie od reprezentowanego światopoglądu czy preferowanego systemu aksjonormatywnego. Czynnikiem, który zdaje się decydować o tym, czy dana kwestia, jej problemowy charakter jest (bądź może być) przedmiotem sporu, jest to, czy dany problem, jego wystąpienie, jest uzależniony od woli i decyzji ludzkiej. Kwestie, które są w jakiś sposób zakotwiczone w mniej lub bardziej świadomej decyzji jednostek, mogą być właśnie polem ścierania się różnych interesów i wartości (np. aborcja), natomiast te, które są niezależne od woli ludzkiej, nie budzą raczej kontrowersji (np. śmierć okołoporodowa). Jest jeszcze jedna kategoria – a mianowicie kwestie, które wprawdzie nie są bezpośrednio wynikiem podejmowanych przez jednostki decyzji w sferze prokreacji, jednakże są one dalszą konsekwencją wyborów i działań, jakie podejmują owe jednostki w innych obszarach swej aktywności – i w tym sensie mogą one pośrednio wpływać na sferę prokreacji. Można jednak sądzić, iż ten związek jest na tyle odległy i niepewny, że są one raczej traktowane jak niezależne od woli ludzkiej i ich dysfunkcyjny charakter raczej nie budzi wątpliwości (np. choroby okresu prenatalnego i późniejsze, które są wynikiem niewłaściwego stylu życia matek i korzystania przez nie np. z używek – np. papierosów, alkoholu etc.).

Spróbujmy zatem przyjrzeć się, jakie kwestie mogą pojawić się w obrębie wymienionych powyżej etapów procesu prokreacji. Tak jak to zostało wspomniane powyżej, by można było mówić o prokreacji, musi na początku być wola powołania do życia nowego członka rodziny i społeczeństwa, a zarazem musi być odpowiedni poziom dojrzałości potencjalnych rodziców. Skoro mowa tutaj o woli, to jest to obszar, który jest szczególnie zagrożony sporami o charakterze aksjologicznym.

Jednakże często takiej woli nie ma i do realizacji funkcji prokreacyjnej albo w ogóle nie dochodzi, albo jest ona odkładana w czasie. Oczywiście mogą być różne powody, dla których ludzie unikają realizacji analizowanej tu funkcji – jedne zdają się być lepiej uzasadnione z punktu widzenia społeczeństwa, inne – nieco gorzej. Do takich, które można uznać za uzasadnione, trzeba zaliczyć np. względy zdrowotne bądź materialne, które nie pozwalają na to, by w danym momencie pojawiło się w rodzinie pierwsze bądź kolejne dziecko. W przypadku przyczyn materialnych sprawa może jednak być co najmniej dyskusyjna, bowiem trudno jednoznacznie określić np. minimalny zasób posiadanych dóbr materialnych bądź środków finansowych, który pozwalałby na podjęcie decyzji o prokreacji – tutaj ocena ma charakter bardzo subiektywny (pojawiać się może np. dylemat, czy „inwestować” dalej, w większym zakresie, w posiadane już dziecko, zapewniając mu np. kolejne możliwości rozwoju, czy „inwestować” w kolejne dziecko).

Z kolei można sądzić, że do mniej uzasadnionych (z punktu widzenia społeczeństwa, bowiem w subiektywnym spojrzeniu potencjalnych rodziców mogą one być jak najbardziej zasadne) powodów rezygnacji z funkcji prokreacyjnej można zaliczyć np. chęć korzystania z uroków życia czy dążenie do rozwoju własnej kariery, bez „obciążenia” w postaci dziecka. Jednakże i tu sprawa jest co najmniej dyskusyjna, bowiem powołanie do życia dziecka przez rodziców skupionych na własnej karierze czy korzystaniu z „uroków życia”, może odbyć się ze szkodą dla samego dziecka...

Kiedy jest mowa o woli realizacji funkcji prokreacyjnej, pojawiają się przynajmniej dwa problemy szczegółowe. Pierwszym z nich jest odkładanie rodzicielstwa w czasie, co może prowadzić do tzw. późnego rodzicielstwa (może ono mieć również inne przyczyny, które nie wynikają z woli potencjalnych rodziców, a np. z uwarunkowań zdrowotnych) z całym wachlarzem skutków tego zjawiska. Do negatywnych aspektów późnego rodzicielstwa można zaliczyć chociażby dużą różnicę wieku między dzieckiem (szczególnie dzieckiem jedynym, bowiem w przypadku rodzin z większą liczbą dzieci kwestia dużej różnicy wieku rodzic – dziecko zaciera się ze względu na starsze rodzeństwo dziecka) czy obciążenie np. koniecznością opieki nad starzejącymi się rodzicami już na relatywnie wczesnym etapie życia dziecka<sup>3</sup>.

Warto zauważyć, że na przestrzeni lat 2005-2009 nieznacznie wzrósł odsetek urodzeń (odniesiony do ogólnej liczby urodzeń żywych w danym

<sup>3</sup> Jedna z komercyjnych stacji radiowych przedstawiła swego czasu audycję poświęconą problemowi tzw. „późnych dzieci”. Można powiedzieć, że dominującym odczuciem wśród osób wypowiadających się w audycji, a będących właśnie „późnymi dziećmi” (i na ogół jedynakami) było rozgoryczenie, które symbolizować może wypowiedź jednej z kobiet: uznała ona swoją młodość za straconą, gdyż zamiast z koleżankami chodzić na zabawy czy dyskoteki, spędzała czas przy łóżkach szpitalnych swoich starzejących się i schorowanych rodziców...

roku) w przypadku kobiet należących do wyższych przedziałów wiekowych. Wprawdzie jeśli chodzi o kobiety w wieku 45 i więcej lat, zmiana była niewielka, bowiem odsetek urodzeń w roku 2009 stanowił 111% tego, ile wynosił w roku 2005 (przy założeniu, że odsetek urodzeń w roku 2005 stanowi 100%), ale jeśli przyjrzeć się łącznie wszystkim kobietom rodzącym z przedziału wiekowego 35 lat i więcej, to w tym przypadku odsetek z roku 2009 stanowił już 120% odsetka z roku 2005. Jeszcze wyraźniej widać wzrost liczby porodów wśród dojrzałych kobiet, kiedy analizuje się faktyczną liczbę porodów w tych przedziałach wiekowych. Jeżeli liczba urodzeń żywych w roku 2009 wynosiła 114% liczby urodzeń żywych z roku 2005, dla kobiet w wieku 45 i więcej lat było to 129%, dla kobiet w wieku 40 i więcej lat było to 110%, a dla kobiet w wieku 35 i więcej lat – aż 137%.

Tabela 1

**Udział kobiet z wybranych przedziałów wiekowych w ogólnej liczbie urodzeń żywych w latach 2005-2009<sup>4</sup>**

Wiek matki w ukończonych latach	Udział w ogólnej liczbie urodzeń żywych				
	2005	2006	2007	2008	2009
19 lat i mniej	5,30%	5,14%	5,12%	5,12%	4,91%
35 lat i więcej	9,08%	9,29%	9,76%	10,08%	10,90%
40 lat i więcej	1,77%	1,68%	1,69%	1,63%	1,71%
45 lat i więcej	0,09%	0,08%	0,08%	0,08%	0,1%

Jeśli wzrost liczby urodzeń w ogóle można tłumaczyć tym, że funkcję prokreacyjną realizują osoby urodzone w trakcie wyżu demograficznego z przełomu lat '70 i '80, to w przypadku przedziału wiekowego 35 lat i więcej – są to przedstawiciele niżu demograficznego przełomu lat '60 i '70, zatem trudno uzasadniać wzrost liczby urodzeń w tym przedziale wiekowym ilością potencjalnych matek. W tym przypadku wyjaśnienia trzeba szukać raczej np. w zjawisku odkładania prokreacji na czas późniejszy.

Druga z kwestii, związanych z wolą realizacji funkcji prokreacyjnej, dotyczy sfery, która jest przedmiotem silnych sporów, bowiem dla jednych stanowi osiągnięcie cywilizacyjne współczesnego świata, dla innych jest zagrożeniem dla sfery płciowości człowieka. Chodzi mianowicie o cały szereg metod

<sup>4</sup> Obliczenia własne na podstawie *Sprawozdania Rady Ministrów z wykonania oraz o skutkach stosowania w roku 2009 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, adres internetowy: <http://orka.sejm.gov.pl/Druk16ka.nsf/0/4E7EB8CE20055D6EC12577FC0042390B?OpenDocument>, data dostępu: 25.08.2011. Dane dla przedziału wiekowego 35 lat i więcej zawierają w sobie dane dla 2 kolejnych przedziałów, a dla przedziału wiekowego 40 lat i więcej – kolejnego przedziału.

kontrolowania i regulowania płodności, potocznie zwanych antykoncepcją<sup>5</sup>. Pomijając w tym miejscu szereg ważnych, ale również spornych kwestii, w stosunku do których stanowisko uzależnione jest od wyznawanego światopoglądu (czy jest to osiągnięcie cywilizacyjne, czy sprzyja budowaniu relacji między ludźmi etc.), warto zwrócić uwagę na problem wykorzystania metod antykoncepcji jako narzędzia manipulacji. Można sądzić, że w większości przypadków są one używane za zgodą i wolą obu uczestników aktu płciowego, którzy chcą równocześnie uniknąć poczęcia. Jednakże mogą zdarzać się sytuacje, że są one bądź używane, bądź unikane przez jednego z partnerów bez wiedzy i zgody drugiego. W tej sytuacji druga osoba może być wbrew swej woli pozbawiana prawa do zostania rodzicem, lub wprost przeciwnie – być do tego zmuszona wbrew swej woli<sup>6</sup>. Można przyjąć, iż stroną, która ma tu większą możliwość manipulacji, jest kobieta, która ma możliwość ukrycia przed mężczyzną faktu stosowania antykoncepcji (gdy stosuje np. antykoncepcję hormonalną czy wkładkę domaciczną). Zatem jedno z potencjalnych rodziców ma większą możliwość przeprowadzenia własnej woli w zakresie realizacji funkcji prokreacyjnej niż drugie.

Kiedy mowa jest o woli realizacji funkcji prokreacyjnej – jest również drugi bieżący tego problemu: gdy do prokreacji dochodzi wbrew woli osób biorących udział w spółdzeniu potomka. Chodzi tu o sytuację, w której do poczęcia dziecka dochodzi w wyniku tzw. „wpadki”, choć można zauważyć, że podjęciu aktywności płciowej powinna towarzyszyć świadomość możliwych konsekwencji. Nieplanowana ciąża może przydarzyć się na każdym etapie życia, ale szczególnym problemem są te przypadki, kiedy dziecko jest rodzone przez matki młodociane, które na ogół nie są przygotowane do macierzyństwa (np. nie są wystarczająco dojrzałe emocjonalnie, nie mają odpowiedniego zaplecza materialnego) i w przypadku których ciąża i poród stanowią większe ryzyko, niż w przypadku kobiet dojrzałych. W latach 2005-2009 odsetek urodzeń przez kobiety w wieku 19 lat i mniej spadł wprawdzie o 0,4% (por. tabela nr 1), ale i tak co 20 dziecko było rodzone przez kobietę zbyt młodą, by zostać matką.

<sup>5</sup> Celowo w tym miejscu piszę o tym, że antykoncepcyjnymi są one zwane potocznie, bowiem zalicza się do nich powszechnie metody antykoncepcji, ale też metody określane jako antykoncepcja postkoitalna, która według części zainteresowanych tą problematyką nie powinna być zaliczana do antykoncepcji, ale do działań o charakterze (wczesno)poronnym. Z drugiej strony do metod antykoncepcyjnych potocznie zaliczane są metody naturalnego planowania rodziny („antykoncepcja naturalna”), z czym z kolei nie zgadzają się ich zwolennicy, uzasadniając, iż ich celem nie jest działanie przeciw poczęciu, ale rozpoznanie naturalnego cyklu płodności i podjęcie na podstawie wiedzy na jego temat decyzji – w zależności od chęci poczęcia lub uniknięcia poczęcia dziecka – o podjęciu współżycia bądź jego odłożeniu.

<sup>6</sup> Trzeba jednak pamiętać, że nie ma – jak na razie – metody antykoncepcji, która zapewniłaby 100% skuteczności, więc podjęciu współżycia płciowego, nawet jeśli używana jest antykoncepcja, powinna towarzyszyć świadomość istniejącego „ryzyka” zajścia w ciążę (nawet sterylizacja nie daje całkowitej pewności). Por. *Wskaźnik Pearl*a, adres internetowy: [http://mediweb.pl/sex/wyswietl\\_vad.php?id=1427](http://mediweb.pl/sex/wyswietl_vad.php?id=1427), data dostępu: 25.08.2011.

Jeśli chodzi o faktyczną ilość kobiet rodzących, które należały do tego przedziału wiekowego, wahała się od 19 230 (2006) do 21 207 (2008). Trzeba jednak pamiętać, że w ramach tego przedziału wieku mieściło się (według danych za rok 2009, urodzenia żywe):

- 63 kobiety w wieku 14 lat bądź mniej,
- 338 kobiet w wieku lat 15,
- 1307 kobiet w wieku lat 16

– a więc kobiety, które w najlepszym razie zdołały dopiero zakończyć naukę w gimnazjum<sup>7</sup>...

Kończąc ten fragment rozważań, warto zwrócić uwagę, że jakkolwiek trudności na tym etapie mogą dotyczyć różnych elementów pojęcia funkcja – np. w przypadku ciąży kobiet młodocianych może to być kwestia np. czynu karalnego w obrębie działań (w sytuacji, kiedy dochodzi do obcowania płciowego z osobą poniżej 15 roku życia, co stanowi czyn zagrożony karą od 2 do 12 lat pozbawienia wolności – por. art. 200 kk), to uwzględniając kwestię woli podjęcia się realizacji tejże funkcji największy problem – jak można przypuszczać – dotyczy obszaru postaw (zwłaszcza jeśli chodzi o postawę przeciwną posiadaniu dzieci).

Kolejny element udanego procesu prokreacji to możliwość poczęcia dziecka – a więc doprowadzenie do zapłodnienia komórki jajowej. Nie jest to wcale takie łatwe zadanie, bowiem niemały odsetek par ma problemy ze zjawiskiem niepłodności. Według danych Sekcji Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego czasowe lub stałe problemy z zajściem w ciążę dotyczą około 15% małżeństw w wieku reprodukcyjnym, można znaleźć również dane, które mówią o 14-20% par<sup>8</sup>. Zatem problem może dotyczyć nawet co piątej pary...

Na tym etapie problem jest umiejscowiony – jak można sądzić – na styku takich elementów funkcji jak działania i skutki – tzn. mimo często zintensyfikowanych działań mających na celu poczęcie dziecka – nie dochodzi do niego. Można przyjąć, że problem może dotyczyć również postaw – a więc mieć związek ze sferą psychiczną (wiadomo, że w niektórych sytuacjach niepłodność ma podłoże psychiczne, o czym mogą świadczyć przypadki zajścia w ciążę po poprzedniej adopcji innego dziecka).

Istnieją metody, które pozwalają na przewycięzanie problemu, jakim jest niepłodność. Część z nich nie budzi wątpliwości (jak chociażby kuracje hormonalne czy zabiegi udrażniania jajowodów), ale też nie wszystkim są one w stanie pomóc. Z kolei te, popularnie określane jako „in vitro”, które głębiej ingerują w przebieg naturalnego procesu zapłodnienia, czy wręcz go

<sup>7</sup> Por. *Sprawozdanie Rady Ministrów...*, dz. cyt.

<sup>8</sup> Por. *Informacje ogólne*, adres internetowy: <http://spin.org.pl/informacje-ogolne/>, data dostępu: 25.08.2011; *Niepłodność chorobą społeczną*, adres internetowy: <http://www.plastmed.pl/niepłodnosc.html>, data dostępu: 25.08.2011.

zastępują, są przedmiotem sporu o charakterze aksjologicznym. Nie wchodząc tutaj w szczegóły medyczne, można zauważyć, że sprzeciw środowisk konserwatywnych budzą szczególnie te metody, które wiążą się z ingerencją polegającą czy to na pobraniu nasienia i sztucznego podania go kobiecie, czy na pobraniu komórki jajowej od kobiety w celu połączenia jej z męskim nasieniem poza organizmem kobiety. Kwestie, które są tu podkreślane w sposób szczególny, to np. tzw. embriony nadliczbowe (a więc te, które powstały w wyniku zapłodnienia, ale nie będąc wykorzystanymi, zostały zamrożone) oraz ich przyszły los; innym problemem jest kwestia zapłodnienia heterologicznego – sytuacja, kiedy jedno z gamet pochodzą od dawcy innego niż współmałżonek (np. z banku nasienia, albo przy użyciu komórki jajowej pochodzącej od innej kobiety).

Osobną kwestią jest korzystanie z pomocy surogatek, a więc kobiet, które za opłatą „wynajmują” swoją macicę, by rozwijało się w niej dziecko genetycznie z nimi nie związane i by po urodzeniu oddać je rodzicom genetycznym. Pomijając różne aspekty natury psychologicznej czy etycznej – jak chociażby więź, jak wytwarza się między dzieckiem a kobietą, która nosi je w swoim łonie, co może doprowadzić do tego, iż surogatka nie będzie chciała później oddać dziecka, trzeba zauważyć, że rozwiązanie to jest w Polsce nielegalne. Co więcej – zgodnie z polskim prawem na osobę matki wskazuje fakt urodzenia dziecka (to, czy istnieje więź genetyczna między matką a dzieckiem – nie ma tu znaczenia), tak więc w sytuacji, gdyby jakaś kobieta zdecydowała się zostać surogatką, a potem chciała zatrzymać dziecko – to zgodnie z polskim prawem (art. 61<sup>9</sup> kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) jest ona jego matką (wpisaną w akt urodzenia).

Trzeba w tym miejscu chociażby zasygnalizować jeszcze jeden sposób walki z problemem niepłodności, budzący z kolei wątpliwości wśród zwolenników „in vitro”. Chodzi mianowicie o naprotechnologię, związaną z dogłębną obserwacją i analizą cyklu płodności pary małżeńskiej. Jednakże ze względu na ciągle jeszcze małą liczbę informacji na temat tejże metody, trudno wypowiedzieć się na temat jej skuteczności (choć raczej nie ulega wątpliwości, że nie jest ona w stanie pomóc w każdej sytuacji) oraz co do zasadności zarzutów jej przeciwników (choć na marginesie można zasygnalizować, iż rodzi się pytanie, czy sprzeciw wobec tej metody nie wynika np. z obawy przed utratą części zysków przez kliniki proponujące zapłodnienie „in vitro”...).

Wspomniane kwestie są problemem chociażby z tego powodu, że wiedza naukowa, możliwości „techniczne” czy „technologiczne” w znacznym stopniu wyprzedziły uregulowania prawne oraz rozważania w zakresie etyki (bioetyki), bądź są z tymi ostatnimi wręcz sprzeczne (tutaj kwestia, czy tylko wyprzedzają rozwój etyki, czy już są z nią sprzeczne, znów zależy głównie od światopoglądu, a więc jest uwarunkowana aksjologicznie). Trzeba też pa-

miętać, że rozwój nauki i techniki nie musi wcale prowadzić w stronę pożądaną, że ich osiągnięcia mogą być wykorzystywane w sposób budzący nie tylko wątpliwości, lecz wręcz sprzeciw (tak jak w przypadku wiedzy, jaką wypracowali fizycy i chemicy w zakresie skutków rozszczepiania atomów, a która może być wykorzystywana zarówno do produkcji energii, jak i broni masowej zagłady...).

Nawiązując do elementu postaw, można też postawić pytanie o motywację do podejmowania prób sztucznego zapłodnienia za wszelką cenę (a w każdym razie za bardzo wysoką cenę). Nie negując oczywiście tego, jak bolesnym może być brak potomstwa, można spytać czy w każdym przypadku chodzi o nowe życie i jego dobro, czy może jednak zdarzają się sytuacje, kiedy chodzi o zaspokojenie np. ambicji dorosłych. Odpowiedź na to pytanie znów jest bardzo trudna, tym bardziej że – jak można przypuszczać – sami zainteresowani nie zawsze do końca uświadamiają sobie swoje motywacje.

Kolejnym aspektem, który trzeba rozważyć, jeśli chodzi o udaną prokreację, jest możliwość „donoszenia” ciąży do momentu rozwiązania. Nie każda ciąża rozwija się prawidłowo, nie zawsze też standardowe traktowanie kobiety ciężarnej daje szansę na szczęśliwe rozwiązanie, czasem konieczne są inne formy opieki. Nie wchodząc znów w szczegóły medyczne, jeśli chodzi o możliwe zagrożenia, można powiedzieć, że choć część ciąż zagrożonych udaje się utrzymać i szczęśliwie rozwiązać, to jednak nie zawsze się to udaje. Możliwość utrzymania trudnej ciąży to niekwestionowana zasługa rozwoju wiedzy medycznej, jednakże rodzi się tutaj pytanie, które z punktu widzenia jednostki jest pytaniem trudnym, być może nawet nie na miejscu, ale z punktu widzenia całej populacji, w kontekście zasobu genów populacji, pytanie ma pewien sens. Chodzi mianowicie o to, kiedy, czy też w jakiej sytuacji walka o utrzymanie ciąży ma sens – skoro natura czasem sama chce sprawę „rozwiązać”. Pytanie jest trudne i nie ma na nie jednoznacznej odpowiedzi (bo znów odnosi się do sfery aksjologicznej), co więcej, już samo postawienie takiego pytania naraża (w kontekście doświadczeń, jakie zdobyła ludzkość w XX wieku) stawiającego je na krytykę, ale można je chyba – do pewnego stopnia – porównać do pytania o sensowność tzw. uporczywej terapii. Autor chce w tym miejscu wyraźnie podkreślić, że nie kwestionuje sensu ratowania życia dzieci nienarodzonych (żadnego), natomiast zauważa wątpliwości, które mogą się tu pojawiać, tym bardziej że w niektórych przypadkach pojawiają się np. wskazania do aborcji z tzw. względów medycznych. Z drugiej strony trzeba pamiętać, że medycyna myli się w diagnozach, i nawet z ciąż, które miały wskazanie do aborcji – rodzą się zdrowe dzieci...

Skutkiem pojawiających się trudności (niezależnie od ich przyczyn) może być zjawisko poronienia, a więc samoistnego zakończenia się ciąży – a patrząc z punktu widzenia rodziców – śmierć ich dziecka. Zjawisko to jest dość

powszechne, choć obecnie patrzy się na nie inaczej, niż jeszcze kilkadziesiąt lat temu, co ma niewątpliwy związek z rozwojem medycyny i wiarą w jej możliwości. Skala zjawiska jest dość trudna do oszacowania, ale rozwój medycyny pozwala na wskazanie obecnie już takich przypadków, gdy do poronienia doszło w momencie, gdy kobieta nie miała nawet jeszcze świadomości, że zaszła w ciążę – według różnych szacunków, 30-40% zarodków ludzkich ginie na tym „nieuświadomionym” etapie ciąży<sup>9</sup>. Z kolei jeśli chodzi o ciążę potwierdzone klinicznie – to szacunki mówią o tym, że problem poronienia może dotyczyć 10-20% takich ciąż – B. Chazan wskazuje na liczbę około 40 tysięcy zdarzeń tego typu w skali roku na przestrzeni ostatnich kilku lat<sup>10</sup>.

W przypadku wydarzenia jakim jest poronienie nastąpiła (czy raczej dopiero następuje) dość istotna zmiana w sposobie patrzenia na to, co się wydarzyło i jakie odczucia towarzyszą rodzicom, czego przejawem jest chociażby prawo do urządzenia pogrzebu, niezależnie od tego, na jakim etapie ciąży doszło do poronienia (choć w praktyce nadal zdarzają się tu trudności, o czym jeszcze będzie mowa dalej) – a możliwość pogrzebania ciała dziecka jest ważnym elementem przeżywania żałoby i radzenia sobie ze stratą.

Jak wspomniano wyżej, zdarzają się sytuacje, kiedy ze względu na wady, jakie zostały stwierdzone u dziecka, pojawiają się wskazania do usunięcia ciąży (terminacji ciąży) – a więc aborcji<sup>11</sup> – i o niej kilka słów w tym miejscu. Aborcja jest tym dysfunkcyjnym aspektem funkcji prokreacyjnej, o którym mówi się i pisze chyba najwięcej, tym bardziej że jest ona (a właściwie jej dopuszczalność) przedmiotem sporu, który momentami przybiera dość ostrą formę. W Polsce obecnie dopuszczalna jest aborcja w trzech sytuacjach – gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia matki, gdy ciąża jest wynikiem czynu zabronionego lub ze względu na upośledzenie lub ciężką chorobę dziecka<sup>12</sup> (źródło). Jeśli chodzi o liczbę dokonywanych aborcji (dane

<sup>9</sup> Por. B. Chazan, *Ochrona zdrowia dziecka w najwcześniejszym okresie życia*, adres internetowy: [http://www.brpd.gov.pl/szczyt/prof\\_Bogdan\\_Chazan.htm](http://www.brpd.gov.pl/szczyt/prof_Bogdan_Chazan.htm), data dostępu: 31.05.2011.

<sup>10</sup> Por. D. Kornas-Biela, *Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu*, [w:] D. Korans-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa*, Lublin 1999; ; B. Chazan, *Ochrona...*, dz. cyt.

<sup>11</sup> Autor niniejszego artykułu w trakcie jego pisania (lato 2011) zetknął się z sytuacją, w jakiej znaleźli się jego znajomi, u których dziecka w trakcie badań prenatalnych zdiagnozowano brak części mózgu i zasugerowano aborcję. Rodzice nie zgodzili się na takie rozwiązanie i postanowili dziecku dać szansę urodzenia się. Dziecko urodziło się i żyło godzinę. I jakkolwiek nie można powiedzieć, że historia ta zakończyła się szczęśliwie, to jednak dla rodziców podjęta przez nich decyzja ma bardzo duże znaczenie – bowiem zdążyli dziecko ochrzcić, a po śmierci mogli przeżywać „normalną” żałobę... Na marginesie trzeba dodać, że jakkolwiek do terminacji ciąży dochodzi z przyczyn odmiennych niż w innych sytuacjach przerwania ciąży, że dziecko jest tu na ogół chciane, to jednak sam termin „terminacja” – jak sądzi B. Chazan – jest jednak pewnym eufemizmem, który ukrywa aborcję... Por. B. Chazan, *Moim zdaniem*, adres internetowy: <http://goscniedzielny.wiara.pl/wydruk.php?grupa=6&art=1181621670&dzi=1104764436&idnumeru=1181127987>, data dostępu: 25.08.2011.

<sup>12</sup> Por. *Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, adres internetowy: <http://isap.sejm.gov.pl/Download?id=WDU19930170078&type=3>, data dostępu: 29.04.2011.

oficjalne), to przez długi czas – do roku 1988 przekraczała ona 100 tysięcy rocznie (do tego roku liczba aborcji oscylowała wokół dwukrotności liczby odnotowanych samoistnych poronień), w latach 1989 – 1992 liczba zabiegów spadała co roku o około 20 tysięcy (z 82 137 do 11 640). W roku wprowadzenia *Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (1993) liczba aborcji spadła do 1240, by w kolejnych latach nie przekroczyć tysiąca (wyjątkiem był rok 1997, kiedy obowiązywała nowelizacja ustawy, zmieniająca warunki dopuszczalności aborcji – wówczas wykonano 3047 aborcji). Najniższą liczbę aborcji odnotowano w roku 2001 (124), od tego momentu liczba zabiegów zaczęła znów wzrastać, by w roku 2009 osiągnąć pułap 538 zdarzeń<sup>13</sup>.

W tym miejscu warto odnotować dość ciekawe zjawisko – a mianowicie sposób, w jaki liczba oficjalnie przeprowadzonych aborcji rozkłada się na poszczególne przyczyny dokonywania zabiegu. Według dostępnych danych, od roku 1998 wyraźnie zmalała liczba aborcji dokonywanych w wyniku zagrożenia zdrowia lub życia matki – z 211 przypadków spadła ona do 27 w roku 2009 (a więc niemal dziesięciokrotnie<sup>14</sup>). Z kolei odwrotną tendencję widać w przypadku liczby aborcji wykonywanych w nawiązaniu do przepisu dopuszczającego przerwanie ciąży ze względu na upośledzenie lub ciężką chorobę dziecka – tutaj w analogicznym okresie odnotowany został 11-krotny wzrost (z 46 na 510<sup>15</sup>). Ostatnia z przyczyn (ciąża jako wynik czynu zabronionego) pojawia się w statystykach z analizowanego okresu dość rzadko – poza rokiem 1998 (53 przypadki) i 2006 (12 przypadków) – tutaj liczby są jednocyfrowe (maksymalnie 6), a w 2008 roku nie odnotowano żadnego przypadku<sup>16</sup>.

Oczywiście do powyższych danych trzeba dodać zabiegi przerywania ciąży, które dokonywane są bądź za granicą, bądź w Polsce, ale poza publicznymi placówkami służby zdrowia. Trudno jednak ustalić skalę tego zjawiska, tym bardziej że obie strony sporu o aborcję podają bardzo odmienne szacunki (co może być związane z realizacją określonych interesów własnych). Zwolnen-

<sup>13</sup> Por. *Sprawozdania Rady Ministrów z wykonania oraz o skutkach stosowania w roku 2009...*, dz. cyt.; *Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji w roku 1998 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (fragmenty)*, adres internetowy: [http://www.pro-life.pl/\\_ow/read.php?y=Sluzba\\_Zyciu&n=USTAWA98&a=1\\_sprawozdanie](http://www.pro-life.pl/_ow/read.php?y=Sluzba_Zyciu&n=USTAWA98&a=1_sprawozdanie), data dostępu 25.08.2011; M. Stachura, B. Trzcińska, J. Wronicz, *Podziemie aborcyjne – fakty i mity*, [w:] „Wychowawca”, nr 03(135)/2004, adres internetowy: [http://www.wychowawca.pl/miesiecznik/3\\_135/18.htm](http://www.wychowawca.pl/miesiecznik/3_135/18.htm), data dostępu: 25.08.2011.

<sup>14</sup> A jeśli uwzględnić dane od roku 1994 – to nawet 25,5 razy (689 przypadków).

<sup>15</sup> Przed 1998 odnotowano wprawdzie większe ilości zdarzeń związanych z tą przyczyną, ale nawet w roku 1997 było to 107 przypadków – czyli niemal 5 razy mniej niż w 2009.

<sup>16</sup> Por. *Sprawozdania Rady Ministrów z wykonania oraz o skutkach stosowania w roku 2009...*, dz. cyt.; W. Nowicka, *Ustawa antyaborcyjna w Polsce – stan prawny i rzeczywisty*, [w:] W. Nowicka (red.), *Prawa reprodukcyjne w Polsce. Skutki ustawy antyaborcyjnej. Raport 2007*, adres internetowy: [http://www.federa.org.pl/dokumenty\\_pdf/raporty/Raportpopr.pdf](http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/raporty/Raportpopr.pdf), data dostępu: 25.08.2011.

nicy legalizacji aborcji<sup>17</sup> mówią o liczbach przekraczających 100 tysięcy, z kolei przeciwnicy<sup>18</sup> – o kilkunastu tysiącach, lub sytuują je w przedziale 1,55% urodzeń w danym roku. Trudno się w tym miejscu wypowiadać o tym, które dane są prawdziwe, bowiem są to w obu przypadkach szacunki dokonywane różnymi metodami, opierające się na różnych założeniach.

Kiedy mowa o aborcji, analizowany problem dotyka również aspektu postaw (jako elementu funkcji), choć i tutaj należy pamiętać o zróżnicowaniu postaw, w zależności od przyczyny aborcji – inaczej wygląda sytuacja w przypadku terminacji (gdzie bywa nawet tak, że kobieta nie do końca uświadamia sobie całą sytuację), inaczej w przypadku aborcji wykonywanej poza oficjalnymi strukturami służby zdrowia.

Dochodząc do dwóch ostatnich aspektów udanej prokreacji – a więc szczęśliwego urodzenia się dziecka oraz przeżycia przez nie pewnego minimalnego okresu, można powiedzieć, że istotną kwestią jest tutaj śmierć dziecka. W zasadzie można powiedzieć, że problem śmierci dziecka dotyczy nie dwóch ostatnich etapów z wymienionych na początku, a trzech – bo zasadniczo całej ciąży (poronienie). Na ostatnim etapie – już po porodzie – określenie „śmierć dziecka” nie budzi kontrowersji i wątpliwości, jednakże jeżeli śmierć następuje we wcześniejszym okresie – może tu pojawić się spór o charakterze światopoglądowym – czy można mówić o śmierci dziecka, czy o śmierci płodu. Nie ulega wprawdzie wątpliwości, iż – w nawiązaniu do terminologii medycznej – nienarodzone dziecko jest określane jako płód (a jeszcze wcześniej jako embryon czy zygota). Jednakże przyjęcie tejże terminologii medycznej (kiedy mowa jest o obumarciu płodu, poronieniu etc.) zdaje się prowadzić do odhumanizowania tejże śmierci, która dla rodziców jest śmiercią ICH DZIECKA. Mamy tu do czynienia znów ze sporem o charakterze ideowym, bo można usłyszeć opinie, że takie „odhumanizowane” podejście staje się np. usprawiedliwieniem dla aborcji („to tylko płód”). Trzeba jednak pamiętać, że takie podejście może być jednak konieczne dla środowiska medycznego – jako pewien mechanizm obronny, jako forma radzenia sobie z niepowodzeniem, które stało się udziałem zarówno rodziców dziecka, jak i personelu. Jest jednak dość istotna różnica między rodzicami, dla których taka śmierć jest jedynym w swoim rodzaju przeżyciem, bo dotyczącym jednej z najbliższych osób na świecie a personelem medycznym, który mniej lub bardziej regularnie spotyka się z tym zjawiskiem.

Śmierć dziecka, niezależnie od tego czy jest to poronienie, czy śmierć okołoporodowa, czy na wczesnym etapie życia, a także śmierć kobiety w okresie ciąży oraz połogu, nie jest niczym nowym, a można powiedzieć, że do pewne-

<sup>17</sup> Por. Nowicka W., *Ustawa antyaborcyjna...*, dz. cyt.

<sup>18</sup> Por. A. Zięba, *Podziemie aborcyjne w Polsce*, adres internetowy: <http://www.swietyjosef.kalisz.pl/?dzial=OtoczmyTroskaZycie&id=12>, data dostępu: 25.08.2011.

go stopnia jest zjawiskiem normalnym, ale paradoksalnie, wraz z rozwojem medycyny, wraz ze wzrostem przeżywalności dzieci i matek – śmiertelność staje się coraz większym problemem – w tym sensie, że poświęca mu się coraz więcej uwagi. Może to wynikać z osiągnięć medycyny, która potrafi poradzić sobie z coraz trudniejszymi przypadkami. Niektórym osobom daje to przekonanie – z gruntu fałszywe – o wszechmocy medycyny, która ratuje zarówno dzieci, jak i matki, dla których trudności na pewnych etapach ciąży jeszcze kilkadziesiąt lat temu były niemal wyrokiem śmierci. Wskaźniki śmiertelności kobiet oraz dzieci maleją wyraźnie, ale jednak nie spadają do zera.

Pisząc, iż problemowi śmierci poświęca się więcej uwagi, autor ma na myśli zainteresowanie ze strony nie tyle badaczy, co samych zainteresowanych – a więc rodziców, którzy stracili dziecko i którzy zaczynają mówić o tym głośno, publicznie. Przejawem tego zainteresowania są działające od kilku lat w Polsce organizacje zrzeszające osieroconych rodziców (jak sami się określają). Prowadzą one np. serwisy internetowe poświęcone tematyce straty dziecka, przygotowują konferencje szkoleniowe dla osób stykających się w swojej pracy z rodzicami po stracie etc. Można powiedzieć, że ta działalność jest bardzo potrzebna i jeszcze wiele jest do zrobienia, choć widać już pierwsze efekty.

Jeszcze kilka lat temu osieroceni rodzice stykali się z niewłaściwym podejściem ze strony personelu medycznego oraz osób duchownych<sup>19</sup> (oczywiście zdarzały się sytuacje, gdzie ów kontakt przebiegał stosownie do potrzeb rodziców, ale nie były to częste przypadki), a informacje dotyczące chociażby przysługujących im praw (np. w zakresie pogrzebu – tu problem dotyczył szczególnie osób, które doświadczyły poronienia) nie były im przekazywane, względnie przekazywano je z interpretacją, która pozostawiała wiele do życzenia. Problemem było używanie przez personel medyczny slangu zawodowego, który często rodził skojarzenie z aborcją i powodował dodatkowe przykrości (np. używanie w kontekście zabiegu abrazji macicy – czyli usuwania martwego płodu z macicy – określeń „skrobanie”, „skrobanka”), umieszczanie kobiet po poronieniu w tych samych salach, w których przebywały pacjentki z ciążą zagrożoną, a w przypadkach skrajnych – matki z noworodkami. Inna kwestia związana jest z reakcją otoczenia i np. niewłaściwymi próbami pocieszenia („to był dopiero 5. tydzień”, „jesteś jeszcze młoda, jeszcze będziesz mieć dzieci”), które przyczyniają się do zwiększenia cierpień<sup>20</sup>.

Jeszcze inny problem dotyczył teologicznej interpretacji losu dzieci, które przed śmiercią nie zostały ochrzczone, co przekładało się np. na podejście

<sup>19</sup> Autor niniejszego artykułu osobiście doświadczył opisywanych tu problemów jeszcze w roku 2004.

<sup>20</sup> Por. fora internetowe, na których wypowiadają się rodzice po stracie dziecka, adres internetowy: <http://www.dlaczego.org.pl/forum/list.php?site=nowe&bn=>, <http://www.poronienie.pl/forum/>, data dostępu: 31.05.2011.

osób duchownych do organizacji pogrzebu (zastępował go tzw. pokropek, odbierany przez rodziców jako coś mniejszej rangi niż pogrzeb). Pewne zmiany dokonały się tu bardzo niedawno, w nawiązaniu do opinii odnoszącej się do pośmiertnego losu dzieci nieochrzczonych, wyrażonej przez Międzynarodową Komisję Teologiczną w roku 2007<sup>21</sup>. W opinii tej za zbyt restrykcyjną uznano koncepcję *limbus puerorum*, obowiązującą nieoficjalnie od wieków średnich i mówiącą o tym, że dzieci nieochrzczone przebywają w otchłani. Dodatkową trudnością w relacjach z duchownymi było to, iż w świadomości części z nich funkcjonowało błędne skojarzenie: poronienie = aborcja (może to być do pewnego stopnia uzasadnione semantycznie, gdyż w języku łacińskim używa się tego samego słowa na określenie obu zdarzeń<sup>22</sup>), co nie ułatwiało załatwienia np. spraw związanych z pogrzebem.

Obecnie np. rodzice, którzy doświadczyli poronienia, mogą – jak to już zostało wspomniane – pochować swoje dziecko, niezależnie od tego, na którym etapie ciąży doszło do śmierci dziecka. W sytuacji, gdy np. personel medyczny odmawia wydania ciała czy szczątków dziecka, powołując się na to, iż do poronienia doszło przed ukończeniem 22. tygodnia ciąży lub dziecko nie osiągnęło wagi 500 g, rodzice mają źródło, z którego mogą czerpać argumenty pozwalające na wyegzekwowanie swych praw. Zmienia się również podejście duchownych, można nawet znaleźć takich, którzy specjalizują się w pracy duszpasterskiej z osobami, których dotknęły doświadczenia utraty dziecka.

W nawiązaniu do przywołanej wcześniej myśli o malejących wskaźnikach śmiertelności matek i dzieci, trzeba zauważyć, że Polska ma tutaj stosunkowo dobre wyniki, bowiem jeśli chodzi o śmiertelność kobiet w związku z ciążą i porodem, to według szacunków dla roku 2010, wskaźnik tego zjawiska wynosił 6 na 100 tys. żywych urodzeń (co dawało Polsce miejsce w światowej czołówce – zaledwie w 8 państwach współczynnik ten był niższy)<sup>23</sup>. Z kolei w przypadku śmiertelności okołoporodowej (urodzenia martwe i do końca 6 doby po porodzie poziom wskaźnika spadł z 9,7 w roku 2000 do 7,9 w roku 2007 (na 1000 żywych urodzeń)<sup>24</sup>. Spadki dotyczą również wskaźników śmier-

<sup>21</sup> Por. International Theological Commission, *The Hope Of Salvation For Infants Who Die Without Being Baptised*, adres internetowy: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/cti\\_documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20070419\\_un-baptised-infants\\_en.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/cti_documents/rc_con_cfaith_doc_20070419_un-baptised-infants_en.html), data dostępu: 31.05.2011.

<sup>22</sup> Por. *Dwa tyki semantyki*, adres internetowy: [http://www.poronienie.pl/lekarze\\_wzorce\\_slova.html](http://www.poronienie.pl/lekarze_wzorce_slova.html), data dostępu: 31.05.2011; *Kilka uwag na temat pogrzebu dzieci*, adres internetowy: [http://www.poronienie.pl/teologia\\_pogrzeb\\_kilkauwag.html](http://www.poronienie.pl/teologia_pogrzeb_kilkauwag.html), data dostępu: 31.05.2011.

<sup>23</sup> Por. *Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)*, adres internetowy: [http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT/countries?order=wbapi\\_data\\_value\\_2008+wbapi\\_data\\_value+wbapi\\_data\\_value-first&sort=asc](http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT/countries?order=wbapi_data_value_2008+wbapi_data_value+wbapi_data_value-first&sort=asc), data dostępu: 31.05.2011.

<sup>24</sup> Por. *Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w roku 2007 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o skutkach jej stosowania*, adres internetowy: [http://www.federa.org.pl/dokumenty\\_pdf/aborcja/Sprawozdanie2007.pdf](http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/aborcja/Sprawozdanie2007.pdf), data dostępu: 31.05.2011.

telności w pierwszym roku życia oraz przed piątym rokiem życia – dla tych wskaźników ich poziom wynosił odpowiednio w latach 1985 – 2009: 18 i 6 (na 1000 żywych urodzeń) dla pierwszego z nich oraz 20 i 7 (na 1000 żywych urodzeń) dla drugiego z nich<sup>25</sup>.

Kiedy mowa jest o śmiertelności dzieci w pierwszym okresie życia, trzeba tutaj przywołać jeszcze jedną kwestię – chodzi mianowicie o śmierć dzieci, która nie wynika z przyczyn naturalnych bądź nie jest skutkiem nieszczęśliwego wypadku, ale jest wynikiem celowego (co nie znaczy racjonalnego czy w pełni intencjonalnego) działania – a więc przypadki, które podlegają pod artykuł 149 kodeksu karnego (dzieciobójstwo)<sup>26</sup>. Według danych Komendy Głównej Policji za lata 1999-2010 – liczba takich zdarzeń wahała się między 26 (2010) a 61 (2004)<sup>27</sup>. Trzeba jednak pamiętać, iż w tym przypadku bardzo dużą rolę odgrywają okoliczności, w jakich dochodzi do zdarzenia: sprawczynie działają na ogół pod wpływem szoku, co jest okolicznością do pewnego stopnia łagodzącą. Oczywiście dzieciobójstwo jest najdrastyczniejszym skutkiem celowych (w pewnym sensie) działań, są też sytuacje, w których dzieci mają więcej szczęścia, bowiem albo nie zostają zabite, tylko porzucone – i odnalezione, bądź zostawione w „oknach życia” lub pozostawione po porodzie w szpitalach.

Osobną kwestią<sup>28</sup> – kiedy mowa o sytuacjach trudnych – jest urodzenie się dziecka niepełnosprawnego (w jakikolwiek sposób, ale szczególnie niepełnosprawnego umysłowo). W tej bowiem sytuacji na prokreację i to, czy zakończyła się ona sukcesem można patrzeć na różne sposoby. Można spojrzeć pod kątem tego, co zyskuje rodzina bądź społeczeństwo – skoro funkcja prokreacyjna dostarcza rodzinie i społeczeństwu nowych członków – to

<sup>25</sup> Por. *Mortality rate, infant (per 1,000 live births)*, adres internetowy: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>, data dostępu: 31.05.2011.; *Mortality rate, under-5 (per 1,000)*, adres internetowy: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT/countries>, data dostępu: 31.05.2011.

<sup>26</sup> Trzeba tutaj dodać jeszcze pewną liczbę śmierci, będących skutkiem porzucenia (porzucenie ze skutkiem śmiertelnym osoby małoletniej poniżej 15 roku życia bądź osoby nieporadnej – artykuł 210 § 2 kk) – z danych z lat 1990-2007 wynika, iż łącznie odnotowano 28 przypadków, niemniej na podstawie statystyk nie można określić, czy chodziło o osoby nieporadne, czy małoletnie, a jeśli o małoletnie – to w jakim wieku (Por. *Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w roku 2007...*, dz. cyt.).

<sup>27</sup> Komenda Główna Policji, *Dzieciobójstwo (art. 149)*, adres internetowy [http://statystyka.policja.pl/portal/st/1102/63417/Dzieciobojstwo\\_art\\_149.html](http://statystyka.policja.pl/portal/st/1102/63417/Dzieciobojstwo_art_149.html); data dostępu: 25.08.2011. Na marginesie trzeba tutaj odnotować kwestię, która może wynikać z metodologii gromadzenia danych, ale może mieć też inne przyczyny. Przywołane tutaj dane są dostępne na stronach KGP i zarazem pojawiają się w sprawozdaniu rządowym za rok 2009. Jednakże w podobnych sprawozdaniach z lat wcześniejszych, które odwołują się również do materiałów pochodzących z Komendy Głównej Policji, można znaleźć zupełnie inne dane dla poszczególnych lat, gdzie odnotowanych zdarzeń jest mniej – nawet 4 razy (!) – np. dla roku 2004 są to liczby 61 (2009) i 19 (wcześniejsze sprawozdania), dla roku 2006 – 42 (2009) i 10 (wcześniejsze sprawozdania)... Por. *Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w roku 2009...*, dz. cyt.; *Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w roku 2007...*, dz. cyt.

<sup>28</sup> Kwestią znów bardzo dyskusyjną, bowiem jej poruszenie może narazić osobę jej dotykającą na zarzut np. odwoływania się do eugeniki.

w tym wypadku dostarcza ona członka, który wymaga większych nakładów (czy to materialnych, czy opiekuńczych) niż pozostali. Ale z drugiej strony funkcjonowanie osób niepełnosprawnych w rodzinie oraz w społeczeństwie może (choć nie musi) przyczyniać się do rozwoju relacji międzyludzkich czy do pogłębiania człowieczeństwa ludzi pełnosprawnych.

Ostatnią kwestią, która tutaj zostanie jedynie zasygnalizowana, bowiem jakkolwiek wiąże się z prokreacją, to jednak zdecydowanie wykracza poza obszar obecnych rozważań, jest usytuowanie prokreacji w ramach zalegalizowanej (przez małżeństwo) rodziny lub poza nią. Tutaj znów mamy do czynienia z zagadnieniem będącym przedmiotem sporów aksjologicznych. Można jednak zauważyć, iż z punktu widzenia społeczeństwa jako całości, bardziej korzystna wydaje się sytuacja, kiedy prokreacja odbywa się w sformalizowanej rodzinie. Chodzi tu o kwestię realizacji innych funkcji rodziny – np. funkcji legalizacyjno-kontrolnej.

\*

W tytułowym pytaniu został zasygnalizowany problem, który może być analizowany na dwóch płaszczyznach. Po pierwsze, może to być analiza na poziomie pojedynczego procesu prokreacji. W tym sensie pozwala ono uświadomić sobie, jak wiele jest momentów czy zjawisk, które mogą przyczynić się do tego, że proces prokreacji albo w ogóle się nie rozpocznie, albo będzie obciążony problemami, albo zakończy się niepowodzeniem czy to przedwcześnie, czy we właściwym terminie.

Próba analizy może jednak być umiejscowiona również na poziomie globalnym. W tej sytuacji chodzi już raczej o pytanie, czy można mówić o jakiejś szczególnej sytuacji, w jakiej znalazła się funkcja prokreacyjna. Odpowiedź na nie wcale nie jest łatwa i oczywista. Można bowiem zauważyć, że zawsze rodziły się dzieci nieślubne, że zawsze była pewna liczba dzieci, które umierały w trakcie porodu lub wkrótce po nim, że również niektóre matki nie były w stanie przeżyć ciąży i porodu, że praktyki spędzania płodu były znane od dawna etc. Trudno jednak jednoznacznie odpowiedzieć, na ile te zjawiska zmieniły się na przestrzeni czasu – ze względu na brak danych dla wcześniejszych okresów, choć w przypadku niektórych – jak śmiertelności – można zauważyć tendencję malejącą (bardzo wyraźnie), co spowodowane jest poprawą poziomu higieny, rozwojem wiedzy medycznej, ale również świadomości społeczeństwa.

Są jednak pewne kwestie, w stosunku do których – nawet jeśli nie jest możliwe udzielenie jednoznacznej odpowiedzi, to przynajmniej należy uznać za zasadne postawienie pytania o nie w kontekście kondycji funkcji prokreacyjnej.

Jak się zdaje, najważniejszą kwestią jest to, iż w chwili obecnej mamy do czynienia z taką sytuacją, w której możliwy jest „seks bez prokreacji” (np. dzięki antykoncepcji) i prokreacja „bez seksu” („in vitro”). Całej sytuacji sprzyja z pewnością fakt, iż w analizach funkcji rodziny uwzględniono rozdział funkcji seksualnej i prokreacyjnej. Początkowo mógł on być traktowany jako nieco sztuczny, ale od momentu urodzenia się Louise Brown w 1978 roku stał się on w pełni faktem. Druga z wymienionych możliwości („prokreacja bez seksu”) rodzi chyba większe zagrożenie na przyszłość – w kontekście np. badań nad klonowaniem.

Nie bez znaczenia jest również chyba kwestia, na którą zwracają uwagę przeciwnicy metody „in vitro”. Chodzi mianowicie o to, iż pomimo faktu, że w wyniku zastosowania metod sztucznej prokreacji rodzi się nowe życie, jest ono jednak w pewnym sensie produktem wysoko wyspecjalizowanej technologii – a skoro jest produktem – to blisko już tutaj do przejścia od podmiotowego do przedmiotowego traktowania produktu owej technologii (granica wydaje się być bardzo cienka i krucha).

Dla funkcji prokreacyjnej i jej kondycji dość istotne znaczenie ma też niewątpliwie fakt, iż zmienił się charakter wartości, jaką dla rodziców jest dziecko – z wartości o charakterze praktycznym, utylitarnym („ręce do pracy”, „zabezpieczenie na starość”) na wartość autoteliczną (spełnienie marzeń, zaspokojenie potrzeby rodzicielstwa etc.). Ta zmiana w połączeniu z osiągnięciami medycyny pozwoliła na przeniesienie środka ciężkości procesu prokreacji z „ilości” na „jakość” potomstwa. Stosunkowo nową kwestią jest również zjawisko odkładania prokreacji na czas po zaspokojeniu innych potrzeb (np. kariera, zdobycie dóbr materialnych etc.). Obie te kwestie niewątpliwie przekładają się na malejącą dzietność w rodzinach oraz ujemny na ogół przyrost naturalny. Można przypuszczać, iż zaobserwowany w 2. połowie pierwszej dekady XXI wieku niewielki wzrost dzietności oraz dodatni przyrost naturalny są raczej tendencją krótkotrwałą, związaną z tym, iż obecnie dzieci rodzi wyżej, niż długotrwałym odwróceniem trendu spadkowego, zapoczątkowanego w połowie lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia.

Z punktu widzenia jednostki odłożenie prokreacji bądź zmniejszenie liczebności dzieci w rodzinie może mieć racjonalne uzasadnienie (np. ekonomiczne), ale z punktu widzenia społeczeństwa nie jest to pożądane – w chwili obecnej poziom dzietności nie pozwala na zwykłą zastępowalność pokoleń. Taka sytuacja w dłuższej perspektywie jest niebezpieczna choćby dla systemów emerytalnych.

Zarysowany tutaj zakres zjawisk – jak to zostało zaznaczone wcześniej – nie jest z pewnością wyczerpujący, ale pokazuje wielość problemów, z których każdy zasługuje na odrębną analizę. Część z nich była już zresztą przedmiotem takowych, ale są również takie, które wymagają uwagi – jak chociaż-

by problem straty dziecka i wszystko co jest z nim związane. Konieczne jest również całościowe ujęcie tych zjawisk – jako istotnego czynnika współkształtującego sytuację społeczno-demograficzną.

## LITERATURA

- Chazan B., *Moim zdaniem*, adres internetowy: <http://goscniendzielny.wiara.pl/wydruk.php?grupa=6&art=1181621670&dzi=1104764436&idnumeru=1181127987>, data dostępu: 25.08.2011
- Chazan B., *Ochrona zdrowia dziecka w najwcześniejszym okresie życia*, adres internetowy: [http://www.brpd.gov.pl/szczyt/prof\\_Bogdan\\_Chazan.htm](http://www.brpd.gov.pl/szczyt/prof_Bogdan_Chazan.htm), data dostępu: 31.05.2011
- Dwa tyki semantyki*, adres internetowy: [http://www.poronienie.pl/lekarze\\_wzorce\\_slowa.html](http://www.poronienie.pl/lekarze_wzorce_slowa.html), data dostępu: 31.05.2011
- Forum internetowe serwisu „Dlaczego”, adres internetowy: <http://www.dlaczego.org.pl/forum/list.php?site=nowe&bn=>, data dostępu: 31.05.2011
- Forum internetowe serwisu „Poronienie”, adres internetowy: <http://www.poronienie.pl/forum/>, data dostępu: 31.05.2011
- Informacje ogólne*, adres internetowy: <http://spin.org.pl/informacje-ogolne/>, data dostępu: 25.08.2011
- International Theological Commission, *The Hope Of Salvation For Infants Who Die Without Being Baptised*, adres internetowy: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/cti\\_documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20070419\\_un-baptised-infants\\_en.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/cti_documents/rc_con_cfaith_doc_20070419_un-baptised-infants_en.html), data dostępu: 31.05.2011
- Kilka uwag na temat pogrzebu dzieci*, adres internetowy: [http://www.poronienie.pl/teologia\\_pogrzeb\\_kilkauwag.html](http://www.poronienie.pl/teologia_pogrzeb_kilkauwag.html), data dostępu: 31.05.2011
- Komenda Główna Policji, *Dzieciobójstwo (art.. 149)*, adres internetowy [http://statystyka.policja.pl/portal/st/1102/63417/Dzieciobojstwo\\_art\\_149.html](http://statystyka.policja.pl/portal/st/1102/63417/Dzieciobojstwo_art_149.html); data dostępu: 25.08.2011
- Kornas-Biela D., *Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu*, [w:] D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa*, Lublin 1999
- Kotlarska-Michalska A., *Funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca wielkomiejskich rodzin pracowniczych*, Poznań 1990
- Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)*, adres internetowy: [http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT/countries?order=wbapi\\_data\\_value\\_2008+wbapi\\_data\\_value+wbapi\\_data\\_value-first&sort=asc](http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT/countries?order=wbapi_data_value_2008+wbapi_data_value+wbapi_data_value-first&sort=asc), data dostępu: 31.05.2011
- Mortality rate, infant (per 1,000 live births)*, adres internetowy: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>, data dostępu: 31.05.2011
- Mortality rate, under-5 (per 1,000)*, adres internetowy: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT/countries>, data dostępu: 31.05.2011
- Nieplodność chorobą społeczną*, adres internetowy: <http://www.plastmed.pl/nieplodnosc.html>, data dostępu: 25.08.2011
- Nowicka W., *Ustawa antyaborcyjna w Polsce – stan prawny i rzeczywisty*, [w:] W. Nowicka (red.), *Prawa reprodukcyjne w Polsce. Skutki ustawy antyaborcyjnej. Raport 2007*, adres internetowy: [http://www.federa.org.pl/dokumenty\\_pdf/raporty/Raportpopr.pdf](http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/raporty/Raportpopr.pdf), data dostępu: 25.08.2011

- Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji w roku 1998 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (fragmenty)*, adres internetowy: [http://www.pro-life.pl/\\_ow/read.php?y=Sluzba\\_Zyciu&n=USTAWA98&a=1\\_sprawozdanie](http://www.pro-life.pl/_ow/read.php?y=Sluzba_Zyciu&n=USTAWA98&a=1_sprawozdanie), data dostępu: 25.08.2011
- Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania oraz o skutkach stosowania w roku 2009 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*", adres internetowy: <http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/4E7EB8CE20055D6EC12577FC0042390B?OpenDocument>, data dostępu: 25.08.2011
- Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w roku 2007 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o skutkach jej stosowania*, adres internetowy: [http://www.federa.org.pl/dokumenty\\_pdf/aborcja/Sprawozdanie2007.pdf](http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/aborcja/Sprawozdanie2007.pdf), data dostępu: 31.05.2011
- Stachura M., Trzczińska B, Wronicz J., *Podziemie aborcyjne – fakty i mity*, [w:] „Wychowawca”, nr 03(135)/2004, adres internetowy: [http://www.wychowawca.pl/miesiecznik/3\\_135/18.htm](http://www.wychowawca.pl/miesiecznik/3_135/18.htm), data dostępu: 25.08.2011
- Tyszka Z., *Socjologia rodziny*, Warszawa 1974
- Tyszka Z., *System metodologiczny wieloaspektowej integralnej analizy życia rodzinnego*, Poznań 2001
- Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, adres internetowy: <http://isap.sejm.gov.pl/Download?id=WDU-19930170078&type=3>, data dostępu: 29.04.2011
- Wskaźnik Pearl*, adres internetowy: [http://mediweb.pl/sex/wyswietl\\_vad.php?id=1427](http://mediweb.pl/sex/wyswietl_vad.php?id=1427), data dostępu: 25.08.2011
- Zięba A., *Podziemie aborcyjne w Polsce*, adres internetowy: <http://www.swietyjosef.kalisz.pl/?dzial=OtoczmyTroskaZycie&id=12>, data dostępu: 25.08.2011
- Zięba A., *Podziemie aborcyjne w Polsce*, adres internetowy: <http://www.swietyjosef.kalisz.pl/?dzial=OtoczmyTroskaZycie&id=12>, data dostępu: 25.08.2011

## THE PROCREATIVE FUNCTION AT CROSSROADS?

### Summary

The article points to a number of questions related to the procreative role. Of importance to this role and to its condition is the fact that the character of the value that a child has for its parents has changed, from a practical, utilitarian one ("hands for work", "security for old age") towards an autotelic one (fulfilment of one's dreams, satisfaction of one's need for becoming a parent, etc.). This change, combined with advances in medical science, has allowed the weight of the process of procreation to shift from the "quantity" to the "quality" of the offspring.