

prof. zw. dr hab. Adam Gwiazda¹

Zakład Teorii Polityki

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Kontrowersyjna „polityka” kontroli urodzeń za pomocą aborcji

WPROWADZENIE

W „ponowoczesnym” świecie dzieci postrzegane są często jako ciężar, a nie jako najcenniejszy kapitał społeczny. Stąd w wielu krajach wprowadzane są od dawna różne metody kontroli liczby urodzeń. Nie wszystkie są jednak skuteczne, dlatego też nie można dokładnie przewidzieć ani efektywnie kontrolować przyrostu naturalnego ludności. Rządy poszczególnych państw starają się mniej lub bardziej skutecznie sterować tym przyrostem poprzez upowszechnienie antykoncepcji, sterylizacji i aborcji. Jednym z najbardziej zagorzałych zwolenników radykalnego ograniczenia wzrostu populacji jest Paul Ehrlich, który w 1968 roku opublikował w Nowym Jorku swoją książkę pt. *The population bomb*. Nawiązał w niej do „maltuzjańskiego paradygmatu” i stwierdził, że „bomba demograficzna” jest o wiele groźniejsza od atomowej czy wodorowej, gdyż jeśli nie zostanie w porę rozbrojona – przyniesie naszej planecie nieuchronną zagładę [Ehrlich, 1968, s. 7]. Swoją niepopartą wiarygodnymi danymi opinię Paul Ehrlich powtarzał wielokrotnie w kolejnych wydaniach swojej książki, a także w Raporcie dla Klubu Rzymskiego z 1977 roku. Przedstawił tam swoją, kolejną, także apokaliptyczną wizję przyszłości demograficznej świata stwierdzając, że jeśli nie powstrzymamy przyrostu demograficznego, to wkrótce ujrzymy „koniec świata spowodowany śmiercią głodową ludności” [Mesarovic, 1977, s. 60]. Podał także swoją receptę na rozbrojenie „bomby ludnościowej” – upowszechnienie sterylizacji, antykoncepcji i aborcji.

Mimo że jego prognozy, w których przewidywał śmierć setek milionów ludzi z głodu w latach siedemdziesiątych XX wieku, zupełnie się nie sprawdziły, to jeszcze w kolejnym wydaniu swojej książki w 1990 roku utrzymywał, że trzeba zmniejszyć liczbę ludności świata, gdyż grozi nam widmo głodu [Gwiazda,

¹ Adres korespondencyjny: Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Zakład Teorii Polityki, ul. Ks. Poniatowskiego 12, 85-671 Bydgoszcz, tel. 52/32 59 230; e-mail: ahvezda@wp.pl

2011, s. 10]. Podobne argumenty do zawartych w *Bombie demograficznej* i Drugim Raporcie dla Klubu Rzymskiego, którego motto brzmiało: „Ziemia ma raka, a tym rakiem jest człowiek” Paul Ehrlich powtórzył w swojej pracy zbiorowej pt. *Ekonauka* [Zob. Ehrlich, et al. 1978]. Zaapelował w niej do rządów wszystkich państw, aby podjęły one „skuteczniejszą” walkę z przyrostem naturalnym ludności poprzez wprowadzenie obowiązkowych regulacji prawnych dotyczących kontroli populacji, w tym także przepisów wymagających „przymusowej aborcji”. Stwierdził też, że rodziny wielodzietne są jak ludzie, którzy wyrzucają swoje śmieci na podwórko sąsiada. Tymi odpadami, zanieczyszczającymi nasze otoczenie, są oczywiście dzieci [Ehrlich et al., 1978, s. 30].

Celem niniejszego artykułu jest analiza argumentów zwolenników i przeciwników aborcji oraz ocena kosztów społecznych i niektórych aspektów etycznych związanych ze stosowaniem tej bardzo kontrowersyjnej metody regulacji urodzeń.

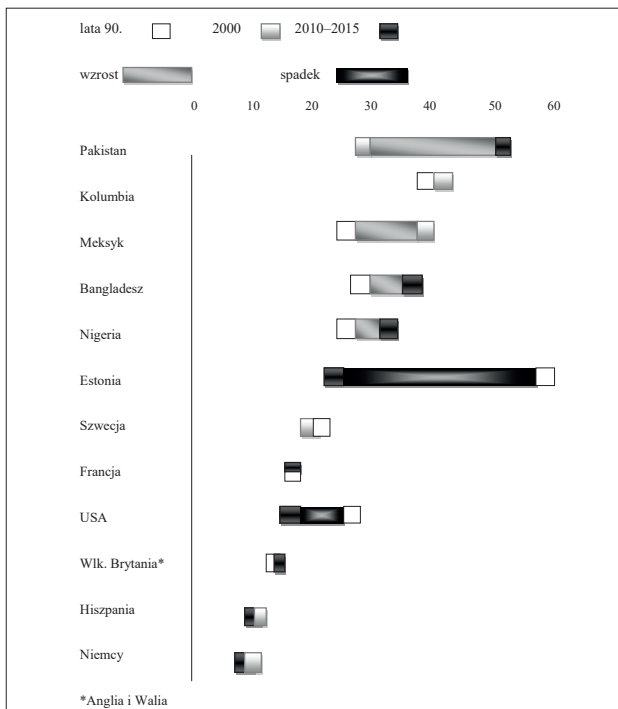
DEMOGRAFICZNE EFEKTY UPOWSZECHNIANIA ABORCJI

W ostatnich trzech dekadach minionego wieku większą siłą perswazji miały koncepcje uzasadniające na różne sposoby konieczność ograniczania przyrostu naturalnego ludności. Głoszona przez Ehrlicha ideologia legła u podstaw „polityki jednego dziecka” w Chinach oraz tzw. Raportu Kissingera z 1974 roku. W raporcie tym uzależniono pomoc gospodarczą udzielaną krajom trzeciego świata przez USA, Bank Światowy oraz agendy ONZ (takie jak UNFPA, WHO, UNICEF czy UNDP) od wprowadzenia polityki depopulacyjnej (od legalizacji aborcji po przymusową sterylizację [NSSM200, s. 56]). Niektóre kraje rozwijające się przyjęły te warunki, ale i tak nie udało się znacząco ograniczyć w nich przyrostu naturalnego ludności ani też liczby dokonywanych aborcji. Ograniczenie tych zabiegów nastąpiło przede wszystkim w większości krajów gospodarczo wysoko rozwiniętych, w których od początku lat 60. doszło do szerokiego upowszechnienia środków antykoncepcyjnych. Natomiast w krajach rozwijających się aborcja stała się i jest nadal główną metodą kontroli urodzeń, pomimo że w niektórych z nich jest ona zabroniona. W tych ostatnich krajach grożą za nią surowe często kary, łącznie z karą śmierci, która nadal obowiązuje za dokonanie aborcji w Arabii Saudyjskiej. Jednak w wielu biednych krajach trzeciego świata aborcja stanowi często jedyne rozwiązanie „problemu przeludnienia”, ponieważ dostęp do środków antykoncepcyjnych jest w nich ograniczony i nieznane są inne metody zapobiegania „niechcianym ciążyom”. Często też zabiegi aborcyjne dokonywane są w tajemnicy, w szarej strefie, w niedopuszczalnych z medycznego punktu widzenia warunkach z narażeniem zdrowia i życia kobiety poddającej się takiemu zabiegowi.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w tego rodzaju zabiegach, które zostały przeprowadzone w krajach rozwijających się w nieodpo-

wiednich warunkach, szkody zdrowotne odniosło w 2015 roku prawie 7 milionów kobiet. Liczba zgonów kobiet w wyniku przeprowadzonego zabiegu w krajach rozwijających się waha się między 22 a 44 tys. rocznie. W wyniku powikłań najczęściej kobiet umiera w Afryce [World Health..., 2015]. W wielu tych krajach nawet po wprowadzeniu przepisów antyaborcyjnych nie udało się w praktyce zmniejszyć liczby wykonywanych, głównie w „podziemiu aborcyjnym”, tych zabiegów.

Należy podkreślić, że statystyki WHO ilustrują tylko liczbę legalnie dokonywanych aborcji. Brak jest natomiast dokładnych danych o aborcjach przeprowadzanych w prywatnych gabinetach lekarskich i klinikach i w tzw. szarej strefie. Faktem jest, że liczba legalnych aborcji uległa bardzo znacznemu zmniejszeniu w krajach wysoko rozwiniętych, gdzie w grupie tysiąca kobiet w wieku 15–44 lat liczba tych zabiegów spadła z 46 do 27 w okresie ostatnich 24 lat [World Health..., 2015]. Z kolei w krajach rozwijających się, w tym szczególnie w Ameryce Łacińskiej i niektórych częściach Afryki i Azji, wskaźnik dokonywanych aborcji jest obecnie wyższy niż kilkanaście lat temu. Warto przypomnieć, że w latach 1950–1979 także w krajach socjalistycznych aborcja była jedyną metodą kontroli urodzeń. W niektórych tych krajach przeciętna kobieta w wieku rozrodczym miała nawet 5 do 7 aborcji w ciągu swojego życia.



Rys. 1. Aborcje na 1000 kobiet w wieku 15–44 lat

Źródło: Guttmacher Institute; ONZ i „The Economist” z 3.12.2016, s. 49.

ku do kobiet, które dokonały aborcji. Nie muszą one od tego czasu ubiegać się o rozgrzeszenie u biskupa, lecz mogą wyznać ten grzech i uzyskać przebaczenie od swojego proboszcza.

Z kolei różnego rodzaju „postępowi” politycy wywodzący się z partii liberalnych i lewicowych, domagają się wprowadzenia mniej restrykcyjnych przepisów i pełnej legalizacji aborcji. Ich argumenty sprowadzają się do troski o zdrowie i życie kobiet, a nie do troski o życie zabijanych w trakcie aborcji dzieci. Twierdzą oni, że surowe przepisy zabraniające lub znacznie utrudniające możliwość dokonywania legalnych aborcji „gwałcą” prawa człowieka opierające się na porozumieniach Międzynarodowej Konferencji Narodów Zjednoczonych w Sprawie Populacji i Rozwoju w Kairze, Czwartej Światowej Konferencji na temat Kobiet w Pekinie, jak również Uniwersalnej Deklaracji Praw Człowieka (art. 1, 3, 12, 19 oraz 27.1) oraz Raporcie o Zdrowiu i Prawach Seksualnych i Planowania Rodziny (2001/2128 [INI]), który „zaleca, aby zabezpieczyć zdrowie i prawa kobiet w kwestii seksualności i planowania rodziny. Aborcja powinna więc być legalna, bezpieczna i dostępna dla wszystkich”. Taką uchwałę podjął w 2002 roku także Parlament Europejski.

Należy zaznaczyć, że do początku XIX wieku, prawa aborcyjne nie istniały. W 1869 roku Pius IX ogłosił, że uduchowanie następuje w chwili poczęcia. W rezultacie tej interpretacji ówczesne ustawodawstwo zabraniało usuwania ciąży. Wspomniane stwierdzenie nadal stanowi podstawę restrykcyjnego ustawodawstwa antyaborcyjnego w niektórych krajach rozwijających się. Natomiast w latach 1950–1985 prawie wszystkie kraje gospodarczo wysoko rozwinięte zliberalizowały prawa aborcyjne na rzecz praw człowieka i bezpieczeństwa [Schooyans, 1991, s. 36]. W tych ostatnich krajach nastąpił znaczny spadek legalnie dokonywanych aborcji, natomiast w krajach utrzymujących restrykcyjne przepisy ich liczba nie zmniejszyła się lub zmalała tylko w niewielkim stopniu. Większość kobiet, które chcą poddać się temu zabiegowi zwykle znajduje sposób we własnym kraju lub za granicą na pozbycie się niechcianej ciąży, nawet jeśli taki zabieg niesie ze sobą ryzyko poważnych komplikacji zdrowotnych, a nawet śmierci. Pewnym paradoksem jest więc fakt, że aborcja jest bardziej powszechnym zjawiskiem w krajach, w których jest nielegalna. Z kolei zjawisko to jest mniej powszechne w tych krajach, w których aborcja „na życzenie” jest legalna, jednak wyłącznie we wczesnym okresie ciąży, tj. w pierwszym trymestrze ciąży.

Wiele państw posiadających nawet rygorystyczne przepisy zakazujące aborcji, a zezwalające na ten zbieg tylko ze względu na zagrożenie życia matki i ciężkie upośledzenie płodu, nie egzekwuje przepisów karnych, jeśli zabieg ten został wykonany „na życzenie” w pierwszym trymestrze ciąży. Nie wszystkie bowiem państwa mają w swoich konstytucjach zapis o zakazie aborcji lub ochronie płodu. Takie zapisy są w konstytucjach Gwatemali, Salwadoru, Irlandii oraz kilku stanów Meksyku. Natomiast Konstytucja Słowacji zawiera zapis przewidujący ochronę płodu w fazie prenatalnej. Nie jest on jednak rygory-

stycznie przestrzegany w praktyce. Z kolei w Hiszpanii ustawa regulująca tę kwestię ma status ustawy organicznej. Nie można jej zmienić bez przeprowadzenia specjalnej procedury. W kilku innych państwach (Niemcy, Hiszpania, Węgry, Polska) ustawy legalizujące aborcję zostały uznane za niekonstytucyjne w oparciu o ogólne normy prawne. Nieco inna jest sytuacja w Stanach Zjednoczonych, gdzie aborcja jest legalna w nieograniczonym zakresie na mocy wyroku Sądu Najwyższego z 1973 roku w tzw. sprawie Roe przeciwko Wade, który uznał, że próby ograniczenia kobiecie dostępu do aborcji są sprzeczne z Konstytucją USA, a płód nie jest też osobą w rozumieniu XIV poprawki do Konstytucji [Schooyans, 1991, s. 40]. Rok 1973 był punktem zwrotnym w amerykańskiej debacie o aborcji. Debata ta jednak trwa nadal, podobnie jak walka obozu pro-life opowiadającego się za wprowadzeniem zakazu aborcji z obozem pro-choice, który chce utrzymania dotychczasowych przepisów legalizujących aborcję na całym terytorium Stanów Zjednoczonych.

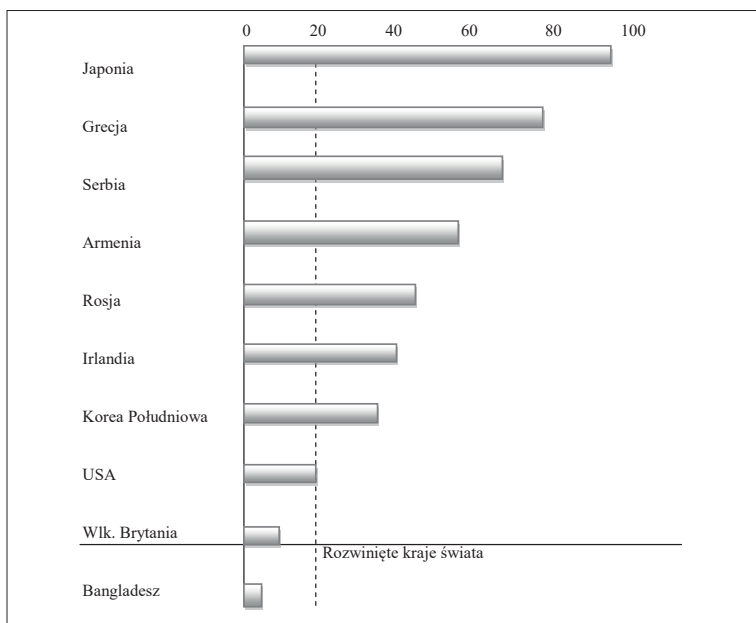
AMBIWALENTNE POSTAWY WOBEC ABORCJI

W praktyce jednak, w wielu krajach, w których obowiązuje całkowity zakaz aborcji, władze „przymykają oczy” na łamiące ten zakaz kobiety, które wykonują ten zabieg za granicą. Przykładowo, kobiety chcące dokonać aborcji jeżdżą z Irlandii i Malty do Wielkiej Brytanii, z Polski do Niemiec, Szwecji i Wielkiej Brytanii, z Ameryki Łacińskiej i Karaibów do Stanów Zjednoczonych, czy z Portugalii do Hiszpanii i do Francji. W 2015 roku około 3,5 tys. kobiet z Irlandii dokonało aborcji w publicznych szpitalach w Wielkiej Brytanii. Kobiety chcące dokonać tego zabiegu załatwiają obecnie większość formalności przez Internet. Istnieje wiele portali takich jak holenderski „Women on Web”, gdzie można uzyskać wszelkie dostępne informacje o możliwościach przeprowadzenia aborcji za granicą, a także kupić odpowiednie „leki”, które wywołują poronienie. W zależności od etapu ciąży stosowane są różne metody. Na najwcześniejszym etapie (do dziewiątego tygodnia) zwykle podaje się kobiecie serię środków chemicznych wywołujących poronienie. Chemiczna aborcja (aborcja farmakologiczna) jest używana w 10% wszystkich aborcji przeprowadzanych w Stanach Zjednoczonych i w Europie. Używany jest preparat dwuskładnikowy. Dawka pierwsza zawiera substancję niszczącą lub deformującą zarodek, dawka druga powoduje skurcze macicy i wydalenie zarodka i wyściółki macicy. Dawka pierwsza zawiera metotreksat – chemioterapeutyk, antymetabolit kwasu foliowego lub mifeproston o inhibitor progesteronu, druga dawka zawiera prostaglandyny w postaci mizoprostolu (stosowany również w Polsce w terapii choroby wrzodowej żołądka) lub gemeprostu. Mizoprostol jest używany w USA, a gemeprost jest używany w Wielkiej Brytanii i Szwecji. Preparaty te są skuteczne w pierwszym trymestrze ciąży. Użyte w pierw-

szych 49 dniach ciąży doprowadzają u 93% kobiet do poronienia bez konieczności interwencji chirurgicznej. W dalszych etapach ciąży stosuje się rozmaite połączenia metody podciśnieniowego opróżniania macicy z mechanicznym zniszczeniem zarodka/płodu i usunięciem jego resztek. W ostatnim trymestrze używana jest zazwyczaj metoda wywołania przedwczesnego porodu lub niszczącego płód odpowiednika metody cesarskiego cięcia. Płód jest najczęściej uśmiercany wewnątrz macicy przed rozpoczęciem właściwej operacji. Do późnych aborcji stosowane jest również wstrzykiwanie zasadowego roztworu soli do worka owodniowego powodujące uśmiercenie płodu. W wyniku aborcji metodą wstrzyknięcia roztworu soli stosunkowo często dochodzi do urodzenia żywego, zdolnego do przeżycia płodu – w Wielkiej Brytanii zdarza się około 50 takich przypadków rocznie, przy czym ze względu na późny wiek dopuszczalnego uśmiercenia (24. tydzień) wiele dzieci jest zdolnych do samodzielnego życia, lecz w praktyce są pozostawione bez opieki i umierają. Wszystkie powyższe metody aborcji wykonuje się bez znieczulenia płodu, który ze względu na niekompletny rozwój układu nerwowego odczuwa ból dopiero w trzecim trymestrze ciąży [Kreeft, 2007, s. 39].

Taki zabieg za granicą przeprowadzany jest zwykle w prywatnych klinikach, na który mogą sobie pozwolić zamożniejsze kobiety. Dla tych biedniejszych pozostaje „szara strefa” w ich ojczystym kraju, gdzie zabiegi te dokonywane są w warunkach wysoce nieodpowiednich z medycznego punktu widzenia i często prowadzą do okaleczeń lub nawet śmierci kobiet poddających się „nielegalnej” aborcji. Surowe kary za złamanie zakazu aborcji nie odstraszą jednak dużej liczby kobiet, które nie korzystają z innych bezpiecznych metod antykoncepcji. Przykładem może być gospodarczo wysoko rozwinięta Korea Południowa, gdzie obowiązują restrykcyjne przepisy antyaborcyjne. Legalnie zabieg ten można dokonać w tym kraju tylko w pierwszym trymestrze ciąży i to tylko i wyłącznie w przypadku zagrożenia życia matki, ciężkiego uszkodzenia płodu i w sytuacji, kiedy ciąża była wynikiem gwałtu. Przepisy te nie zahamowały jednak w tym kraju wzrastającej z roku na rok liczby aborcji.

Według niektórych szacunków w 2005 roku aż 44% wszystkich ciąż zakończyło się aborcją. W latach następnych wskaźnik ten nie uległ, niestety, większej zmianie [Abortion, 2016, s. 48]. Nadal duża liczba ciężarnych kobiet w tym kraju dokonuje aborcji w ramach „konsultacji” w prywatnych gabinetach lekarzy, którzy zgodnie z obowiązującym prawem nie mogą przeprowadzać takich zabiegów zarówno w publicznych, jak i prywatnych szpitalach oraz klinikach. Różne są przyczyny tzw. niechcianych ciąż w tym relatywnie bogatym kraju. Jedną z nich jest utrzymująca się niechęć do stosowania najbardziej dostępnych i relatywnie tanich prezerwatyw. Ich zużycie w Korei Południowej w porównaniu do innych środków antykoncepcyjnych – też niezbyt często i chętnie stosowanych – jest stosunkowo niskie. Najniższe jest w biednym Bangladeszu oraz, co może dziwić, w bogatej Wielkiej Brytanii (zob. rys. 3).



Rys. 3. Użycie przerwy jako % stosowania wszystkich środków antykoncepcyjnych w 2015 roku

Źródło: International Monetary Fund i „The Economist” 3.12.2016, s. 49.

ARGUMENTY ZWOLENNIKÓW PRO-LIFE I PRO-CHOICE

W ostatnich latach coraz większy wpływ na politykę ludnościową poszczególnych państw wywierają także różne ruchy antyaborcyjne. Dążą one do zastrzeżenia przepisów dopuszczających tylko pod pewnymi warunkami aborcję. Domagają się także wprowadzenia całkowitego zakazu aborcji. Ruchy te wspierają przedstawiciele poszczególnych religii takich jak: katolicyzm, prawosławie, buddyzm, hinduizm, islam i większość wyznań protestanckich oraz judaistycznych, które uznają płód za istotę ludzką, a aborcję za zbrodnię. Opinię tę podzielają także liczne ruchy pro-life, które są przeciwne dokonywaniu aborcji. Niektórzy ich przedstawiciele wypowiadają się za całkowitym jej zakazem. Podobną postawę prezentują niektórzy świeccy etycy, lekarze i politycy, głównie z partii konserwatywnych, którzy dopuszczają jednak możliwość dokonywania aborcji w ściśle określonych sytuacjach takich jak trudne warunki materialne i życiowe kobiety, uszkodzenie lub znaczne wady genetyczne płodu i ciąży w wyniku zgwałcenia.

Z kolei środowiska liberalno-ponowoczesne, tzw. ruchy pro-choice, stanowią przeciwstawiają się powyższym poglądom i ostro sprzeciwiają się wpro-

dzeniu zakazu dokonywania aborcji. Zwolennicy ruchu pro-choice twierdzą, że każda kobieta ma prawo do swobody decydowania o swojej ciąży. Argumentem tym posługują się także współczesne ruchy feministyczne, które stanowczo domagają się liberalizacji przepisów umożliwiających przerywanie ciąży. Jednak nacisk ze strony ruchów pro-life spowodował m.in., że dokonywanie legalnej aborcji w niektórych krajach stało się trudniejsze. Przykładowo w niektórych stanach Ameryki lekarze informują kobiety chcące dokonać aborcji, że mogą z tego powodu łatwiej zachorować na raka. Nie jest to udowodniona naukowo zależność, która według amerykańskiego National Cancer Institute i American Cancer Society w ogóle nie występuje. Natomiast przerywanie pierwszej ciąży w życiu kobiety prowadzi do częstych poronień samoistnych (38% przypadków) oraz porodów przedwczesnych (4% przypadków), może też prowadzić do bezpłodności. Aborcja ma więc liczne negatywne skutki psychologiczne i psychiatryczne dla kobiety. Niektóre z nich opisała w swojej książce Karin Struck [Struck, 2006]. Także wyniki badań psychiatrów nie zaprzeczają negatywnym, psychicznym skutkom aborcji [Dzierżanowska-Peszka, 2005]. Brak jest jednak wystarczających dowodów na to, że poddanie się aborcji stanowi poważne zagrożenie dla psychicznego zdrowia każdej kobiety. Liczne badania ankietowe przeprowadzone w krajach zachodnich potwierdzają dosyć smutny fakt, że bardzo niewiele kobiet żałuje, że dokonała aborcji. Częściowo wynika to z określonego nastawienia do życia (mniej lub bardziej wygodnego, w duchu filozofii hedonistycznej), a po części z braku powikłań po tych zabiegach. Dokonywane one bowiem są w sterylnych salach operacyjnych i dlatego tylko 1% kobiet poddających się w krajach zachodnich aborcji ma po tym zabiegu różne problemy zdrowotne. Dla porównania w Bangladeszu, gdzie brak jest odpowiedniej w stosunku do liczby ludności liczby szpitali i lekarzy aż 12% kobiet poddających się aborcji ma często poważne problemy zdrowotne, które czasem prowadzą do ciężkich powikłań i utraty życia.

Pomimo wielu kontrowersji, jakie wywołuje aborcja, zwolennicy pro-life zdecydowanie domagają się bardzo znacząco ograniczenia dokonywania tego zabiegu, a najlepiej wprowadzenia całkowitego zakazu. Zdecydowanie też sprzeciwiają się powszechnej już na Zachodzie praktyce usuwania płodów dzieci z lekkim upośledzeniem. Dotyczy to szczególnie dzieci z Zespołem Downa, czyli z wadą genetyczną, którą jest trisomia 21. Zdiagnozowanie u nienarodzonego jeszcze dziecka tego Zespołu jest dla ogromnej większości z nich w wielu „cywilizowanych” krajach zachodnich wyrokiem śmierci.

SELEKCJA NIEPEŁNOSPRAWNYCH NOWORODKÓW DO ABORCJI

Niektórzy zachodni lekarze i politycy chwalą się tym, że na Zachodzie dzieci z Zespołem Downa właściwie już się nie rodzą. I to wcale „nie dlatego, że medycyna potrafi tę nieuleczalną chorobę leczyć, lecz dlatego, że dotknięte nią

dzieci są po prostu zabijane” [Matuszak, 2016, s. 25]. W Holandii, Szwecji i Danii wielu etyków i lekarzy popierało i nadal popiera eugeniczne eliminowanie „nieprzystosowanych do życia” dzieci. A za takie uważa się także dzieci z zespołem Downa. Zdaniem etyka z Uniwersytetu Sztokholmskiego, prof. Torbjørna Taennsjoe, „eliminacja niepełnosprawnych umysłowo dzieci jest naturalną tendencją” [*Dania krajem...*, 2011, s. 3]. Tego rodzaju „naukowe ustalenia” szokują nie tylko zwolenników ruchu pro-life, podobnie jak postulaty dwóch holenderskich etyków Hermana Woutersa i Eduarda Verhagena, którzy w opracowanym przez siebie „protokole z Groningen” namawiali lekarzy do eliminacji „nieprzystosowanych do życia” noworodków. Postulaty te, zresztą pozytywnie przyjęte przez wielu lekarzy nie tylko w Holandii, przywołują jednoznaczne skojarzenia ze starożytną Spartą, gdzie „niepełnosprawne” noworodki zrzucano ze skały, czy też w nowszych, ponurych czasach Holokaustu. Jednak tego rodzaju porównania nie podobają się współczesnym etykom. Naziści przecież zabijali dzieci wbrew woli rodziców (z wyjątkiem pierwszej eutanazji dokonanej w 1938 roku na chorym dziecku, na życzenie pani Knauter), a zachodni etycy mówią o zabijaniu zgodnie z wolą matek i ojców. Wspomniani dwaj holenderscy lekarze, których koncepcja eugenicznej aborcji spotkała się z ostrą krytyką różnych środowisk, twierdzili, że od pewnego czasu noworodki zabija się już w niektórych krajach i to zgodnie z prawem. Rzeczywiście, eutanazja dzieci jest faktem w Holandii, Wielkiej Brytanii i Belgii. Kraje te przyjęły tzw. protokół z Groningen, który daje moralne przyzwolenie na „pozbywanie się” mało wartościowych noworodków [Matuszak, 2016, s. 25]. W Holandii już w 1987 roku powstała grupa robocza, która opracowała wytyczne dla szpitali klinicznych o wstrzymywaniu czynności podtrzymujących życie u chorych noworodków. Pięć lat później powstał roboczy dokument sygnowany przez Holenderskie Stowarzyszenie Pediatriczne. Określono w nim kryteria kwalifikujące dzieci do podania środków przyspieszających zgon. Są nimi: cierpienie, ból, brak szans na przeżycie dziecka, przewidywana zależność od aparatury medycznej. Wymagana jest tu zgoda rodziców na „uśmiercenie” dziecka.

Wytyczne te stały w sprzeczności z kodeksem karnym. Nie kwalifikowały się też jako działania eutanazyjne (do wykonania eutanazji potrzebna była zgoda pacjenta, noworodek takiej zgody wydać nie mógł). Mimo to pierwszych aktów uśmiercania dzieci dokonano w latach 90. Zabito noworodka z rozszczepem kręgosłupa oraz dziecko urodzone z trisomią 13 (ta wada genetyczna prowadzi do anomalii w budowie ciała i narządów wewnętrznych). Przypadki zgłoszono do prokuratury, która uniewinniła lekarzy. „Sąd zgodził się, że lekarze musieli wybrać między obowiązkiem utrzymania przy życiu a obowiązkiem skrócenia cierpienia, czyli zakończenia życia dziecka. Wybór zakończenia życia dziecka uznali za usprawiedliwiony, bo nie było alternatywy” [*Zarejestrowane aborcje...*, 2017, s. 2]. Lekarze dokonujący tego „wyboru” oparli się na protokole z Groningen, na podstawie którego prokuratura w tym mieście nie uznała tego

„zabiegu” za zabójstwo. Protokół ten rozpatrywany był tylko raz przez Radę Europy przy okazji debaty o eutanazji, ale nie zabroniono tych praktyk w Holandii, która została tylko przez Radę Europy upomniana. Zachęciło to inne kraje, takie jak Wielka Brytania i Belgia do wprowadzenia u siebie podobnych „procedur pozbywania się” noworodków z ciężkimi uszkodzeniami genetycznymi i diagnozą nierokującą wyzdrowienia – tzw. pierwsza grupa dzieci, które w ocenie pediatry umrą w krótkim czasie mimo zastosowania terapii. Grupa druga to dzieci, które co prawda mogłyby przeżyć, ale których jakość życia w wyniku terapii będzie niska (np. dzieci z ciężkimi nabytymi uszkodzeniami neurologicznymi). Grupa trzecia to mali pacjenci, których diagnoza „nie jest obiecująca”. Nie wymagają intensywnej terapii, ale ich cierpienie jest intensywne i „gdyby znać finalny efekt terapii, nie podjęłoby się jej” [Verhagen, 1994, s. 23]. Tego rodzaju uzasadnienia i kryteria podziału dzieci kwalifikujących się do uśmiercania opracowane przez doktora Eduarda Verhagena zostały zawarte w protokole z Groningen. Lekarz ten twierdzi, że „nie ma etycznych dylematów związanych z zaprzestaniem terapii u tych grup pacjentów” [Verhagen, 1994, s. 24]. Należy zaznaczyć, że protokół ten definitywnie potępia „aktywne zakończenie życia” dziecka zdrowego i kwalifikuje je jako przestępstwo. Jest tu też definicja cierpienia jako „subiektywnego uczucia” dorosłych i dzieci, którego nie można zmierzyć. Dziecko informuje o „nieznośnym” i „ogromnym” cierpieniu, płacząc, zwijając się, przez wzrost ciśnienia krwi. I to, zdaniem niektórych, holenderskich lekarzy, jest powodem do ich zabicia, bo „obniża jakość życia”. Można się tylko domyślać, komu takie dziecko obniża jakość życia. Na 200 tys. urodzonych dzieci w tym kraju każdego roku tysiąc umiera w ciągu pierwszego roku życia. Aż 600 z nich kończy życie po decyzji lekarzy zgodnie z protokołem z Groningen [Verhagen, Pieter, Sauer, 2005, s. 959]. Dane są rejestrowane, każdy przypadek zgonu (w tym eutanazji) bowiem musi być zgłoszony przez lekarza. Biegły sądowy musi dokonać oględzin ciała, sprawę przekazać do Prokuratury Generalnej, która powołując się na protokół z Groningen zwykle umarza śledztwo.

Zwolennicy pro-life, a także Kościół katolicki zupełnie inaczej odnoszą się do tzw. aborcji eugenicznej. Nie są oni przeciwnikami badań prenatalnych, ale domagają się podejmowania tych badań z „największą roztropnością i ostrożnością”, bez eksperymentowania na płodzie, które mogłoby pogorszyć jego stan i uszkodzić jego integralność, chyba że chodziłoby o próbę ratowania go od nieuniknionej śmierci. Należy to przytoczyć słowa św. Jana Pawła II, który w swym wystąpieniu na Międzynarodowym Kongresie Medycyny Prenatalnej powiedział: „Wiadomo że – niestety – z tą najbardziej delikatną fazą istnienia mającego się urodzić dziecka związana jest niegodziwa pokusa przerywania niewinnego życia zwłaszcza wówczas, kiedy nie jest ono doskonałe, nie w pełni zdrowe [...]. Wpisana w legalizację przerywania ciąży logika śmierci niekiedy prowadzi do

domagania się legalizacji eutanazji noworodków i praktykowania jej w stosunku do płodów obciążonych kalectwem oraz tych, których przeżycie z powodu przedwczesnego urodzenia, nawet jeśli jest możliwe, wiąże się z trudnościami i ryzykiem. Niektórzy wysuwają domniemane »prawo dziecka zdrowego«, jako kryterium decydujące o przyjęciu życia, podaje się tu jego »jakość«. Wypada raz jeszcze stwierdzić, że każde życie jest święte i że fakt ewentualnego kalectwa nie może stanowić racji skazania na śmierć nawet wtedy, jeśli sami rodzice pod wpływem szoku przeżywanego wobec tego rodzaju i perspektywy proszą o zastosowanie eutanazji poprzez zaniechanie leczenia lub podania pokarmu” [Matuszak, 2016, s. 26].

Niestety, tego rodzaju słowa nie docierają do umysłów wielu współczesnych lekarzy, etyków i polityków, którzy nie widzą w aborcji, nie tylko eugenicznej, niczego złego. Nie przekonują ich także wyniki badań lekarzy-genetyków, którzy wykazali, że 99% dorosłych Amerykanów z Zespołem Downa wyraża zadowolenie ze swojego życia. Tego rodzaju choroba nie oznacza, że wszystkie dzieci z Zespołem Downa są upośledzone umysłowo w stopniu znacznym, gdyż spora ich część to tylko lekko lub nawet nieznacznie upośledzeni, a niektórzy z nich mają inteligencję tylko nieznacznie obniżoną i często kończą szkoły średnie i pracują. Są to też osoby bardziej przystosowane do życia w społeczeństwie aniżeli osoby upośledzone w tym samym stopniu po zapaleniu mózgu. A jednak w Stanach Zjednoczonych aż 90% ciąż, w czasie trwania których wykryto trisomię 21 u nienarodzonego dziecka kończy się aborcją [Zemel et al., 2015, s. 3]. Jeszcze większy odsetek tych ciąż tak samo się kończy w krajach skandynawskich, co niektórzy uważają „za fantastyczne osiągnięcie”, że liczba noworodków z Zespołem Downa zbliżona jest do zera. Według niektórych prognoz, w Danii po 2030 roku w ogóle przestaną się rodzić dzieci z Zespołem Downa [Dania krajem..., 2011, s. 1]. Podobna sytuacja wystąpi także w niektórych innych krajach zachodnich, gdzie znaczną przewagę nad ruchem pro-life zyskują środowiska proaborcyjne. Środowiska te wypowiadają się czasami tylko za pewnym zmniejszeniem liczby tych zabiegów, których na świecie dokonuje się – według niepełnych szacunków około 60 milionów rocznie. Domagają się w związku z tym żądaniem „skuteczniejszej” edukacji seksualnej w szkołach, szkolenia lekarzy i pielęgniarek w zakresie doradztwa o kontroli urodzeń i przede wszystkim łatwiejszego (najlepiej bezpłatnego) dostępu do podstawowych środków antykoncepcyjnych. Jednak nawet najbogatsze kraje nie mogą sobie pozwolić na bezpłatną dystrybucję tych środków ani nawet na ich sprzedaż po cenach preferencyjnych. Ponadto nikt nie potrafi przełamać istniejących uprzedzeń i przyzwyczajzeń mieszkańców różnych krajów odnośnie używania takich czy innych środków antykoncepcyjnych. Przykładowo mieszkańcy Bangladeszu i Malawi (bardzo biednych krajów) chętniej używają środków antykoncepcyjnych (głównie prezerwatyw)

niż Włosi czy Amerykanie. W niektórych krajach, np. w Rosji i Irlandii ponad jedna trzecia par małżeńskich, które używają tych środków, stosuje głównie prezerwatywy, a w Japonii odsetek takich par wynosi aż 90% (zob. rys. 3). Z kolei wiele par niemałżeńskich (ludzi żyjących w wolnych związkach) często powstrzymuje się od używania prezerwatyw, aby w ten sposób wyrazić swoje uczucia i przywiązanie do swojej „drugiej połowy”. W wielu krajach, nie tylko gospodarczo wysoko rozwiniętych, alternatywą dla takich przyzwyczajień jest tzw. pigułka „po” lub aborcja. Zwolennicy utrzymania prawa od aborcji i jednocześnie postulujący zmniejszenie liczby tych zabiegów, powołują się na znacznie niższe koszty związane z upowszechnieniem środków antykoncepcyjnych w porównaniu do kosztów aborcji i leczenia wielu, często bardzo poważnych, powikłań występujących po tym zabiegu. W niektórych krajach koszty te są aż 14-krotnie niższe, co ma stanowić koronny argument na rzecz szerszego upowszechnienia, szczególnie w wielu krajach rozwijających się, środków antykoncepcyjnych oraz zwiększenie nakładów na edukację seksualną i doradztwo w zakresie planowania rodziny.

Kwestią nierozstrzygniętą pozostaje jednak pytanie, czy można rozpatrywać budzącą tak wiele kontrowersji aborcję, która w wielu krajach rozwijających się nadal jest jedną z głównych „metod” kontroli urodzeń i ograniczenia tempa wzrostu przyrostu naturalnego, tylko w kategoriach kosztów i spodziewanych efektów. Jest to tylko jeden z aspektów rozważań nad aborcją, której prawna dopuszczalność lub całkowity zakaz i ocena moralna jest źródłem coraz większych sporów zarówno pomiędzy zwolennikami pro-life i ich przeciwnikami z ruchu społecznego pro-choice oraz współczesnych ruchów feministycznych, jak również pomiędzy politykami reprezentującymi różne partie polityczne i zainteresowanymi głównie zdobyciem jak największej części głosów elektoratu i możliwie jak najdłuższym utrzymaniem władzy. Dla polityków popierających ruch pro-life pocieszający może być fakt, że coraz więcej kobiet przestaje wierzyć w rozpowszechnianie przez mainstreamowi media (w ogromnej większości liberalno-lewicowe) kłamstwa, że aborcja jest rodzajem wyzwolenia, do którego prawo powinny mieć wszystkie kobiety. Coraz większa też liczba polityków odpowiedzialnych za kształtowanie polityki ludnościowej w swoich państwach jest przekonana, że aborcja nie jest odpowiednią metodą regulacji urodzin. Szczególnie w niekorzystnej sytuacji demograficznej w wielu krajach, w których z każdym rokiem przybywa ludzi starszych, a zmniejsza się dzietność kobiet i tym samym liczba dzieci i młodzieży.

BIBLIOGRAFIA

- Abortion: How to Make it Rarer*, 2016, „The Economist” z 3.12.2016 r.
Brewda J., 1995, *Kissinger's 1974 Plan for Food Control Genocide*, „Executive Intelligence Review” No. 12 (December).

- Dania krajem wolnym od zespołu Downa? To przez aborcję, 2011, www.newsweek.pl/siwat/dania-krajem-wolnym-od-zespołu-downa-to-przez-aborcje,797001.1.html (dostęp: 6.03.2017 r.).
- Dzierżanowska-Peszka J., 2005, *Aborcja: przyczyny i konsekwencje*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Ehrlich P., 1968, *The population bomb*, Sierra Club/Ballantine Books, Baltimore,
- Ehrlich P., Ehrlich A.H., Huldren J.P., 1978, *Ecoscience. Population, Resources, Environment*, W.H. Freeman and Co., San Francisco.
- Gwiazda A., *Demograficzne wyzwania XXI wieku. Implikacje dla polityki międzynarodowej*, Szkoła Wyższa Prawa i Dyplomacji, Gdynia 2011.
- Kreeft P., 2007, *Aborcja? Trzy punkty widzenia*, Wydawnictwo Fronda, Warszawa.
- Matuszek M., 2016, *Krzyk jest niemy*, „Nowe Państwo” nr 4.
- Mesarovic M., Pestel E., 1977, *Ludzkość w punkcie zwrotnym. Drugi Raport dla Klubu Rzymskiego*, PWE, Warszawa.
- NSSM 200 by Henry A. Kissinger Report, 1974, Implications of Worldwide Population Growth for U.S. Security and Overseas Interests, https://archive.org/details/NSSM-Henry_A.KissingerReport200435 (dostęp: 6.03.2017 r.).
- Schooyans M., 1991, *Aborcja i polityka*, Wydawnictwo KUL, Lublin,
- Struck K., 2006, *Widzę moje dziecko we śnie*, Dom Wydawniczy Rafael, Kraków.
- Verhagen E., 1994, *Abortion on demand*, „Pediatrics” No. 2.
- Verhagen E., Pieter J.J., Sauer M.D., 2005, *The Groningen Protocol – Euthanasia in Severely ill Newborns*, „The New England Journal of Medicine” nr 3 (March), <https://doi.org/10.1056/nejmp058026>.
- World Health Statistics 2915, WHO, Geneva.
- Zarejestrowane aborcje na świecie w okresie 1922–2012, <http://johustonsarchive.net/policy/abortion/wrjp3310.html> (dostęp 18.02.2017).
- Zemel B.S. et al., 2015, *Growth Charts for Children with Down Syndrome in the United States*, „Pediatrics” Vol. 135, nr 5 (October), <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1652d>.

Streszczenie

W wielu krajach rozwijających się aborcja jest nadal główną „metodą” regulacji urodzeń. W krajach socjalistycznych była często jedyną metodą kontroli populacji. W artykule przedstawiono stan debaty o aborcji. Liczbę tych zabiegów rządy poszczególnych państw starają się zmniejszyć i ograniczyć możliwości dokonywania aborcji „na życzenie”. Przeanalizowano główne argumenty zwolenników ruchu pro-life i pro-choice oraz dążenia niektórych polityków do ograniczenia możliwości przeprowadzania legalnych aborcji. Faktem jest, że w krajach zachodnich liczba tych zabiegów nie ulega zmianie lub nawet się zmniejsza, lecz wzrasta z roku na rok w krajach Ameryki Łacińskiej i niektórych krajach Afryki i Azji. Najwięcej kontrowersji budzi tzw. aborcja eugeniczna i kryteria selekcji noworodków poddawanych tej aborcji. Najlepszym sposobem zmniejszenia liczby aborcji jest zapobieganie niechcianym ciążom. Należy więc zwiększyć nakłady na doradztwo w zakresie planowania rodziny, upowszechnienie środków antykoncepcyjnych, które powinny być łatwo dostępne i edukację o innych niż aborcja metodach kontroli urodzeń.

Słowa kluczowe: aborcja, kontrola urodzeń, środki antykoncepcyjne, ruchy pro-life i pro-choice, wyzwania demograficzne

Controversial „policy” of birth control through abortion

Summary

In many developing countries abortion is still the main form of birth control. In the former communist countries abortion was also the basic method of population control. This paper discusses and evaluates the current debate on abortion aimed at making it rarer and not available for every woman „at demand”. The basic arguments of the proponents of pro-life and pro-choice were analysed as well as the various approaches of pro-life politicians who want to make abortion illegal or harder to get. The fact is that in most Western countries the abortion rate is stable or falling, but it is rising in Latin America and in some parts of Africa and Asia. The most controversial question is the so called eugenic abortion and the criteria according to which such an abortion is implemented. The best way to make abortion rarer is to prevent unwanted pregnancies. In order to achieve that aim more should be done in the field of birth-control counselling, making contraceptives easy to get and educating couples about various methods of birth control, other than abortion.

Keywords: abortion, birth control, contraceptives, pro-life and pro-choice movements, demographic challenges

JEL: D0236-0237