

Piotr Guzdek

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1727-8012>

Uniwersytet Opolski

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Pastoralne aspekty rodzinnego pogrzebu dziecka zmarłego na skutek poronienia klinicznego

W Polsce każdego roku kilkadziesiąt tysięcy kobiet przeżywa poronienie kliniczne¹. Dramat śmierci naturalnie dotyczy również ojców i rodzeństwa zmarłych, a także ich dalszych krewnych. Pomimo skali zjawiska i znaczącego liczebnie grona dotkniętych nim osób, problematyka śmierci dziecka pre-

¹ Por. A. Doroszevska, *Strata dziecka w wyniku poronienia lub porodu przedwczesnego – wybrane aspekty socjologiczne*, w: *Przebrane narodziny. Strata ciąży w aspekcie psychologicznym, socjologicznym, medycznym i etycznym*, red. E. Dmoch-Gajzlerska, I. Barton-Smoczyńska, Warszawa 2012, s. 76; K. Kolska, *Jak pani może mówić o dziecku*, w: *Poronienie. Zrozumieć rodziców po stracie*, red. C. Klahs, Poznań 2010, s. 11; B. Chazan, *Lekarz wobec poronienia*, w: *Poronienie. Zrozumieć rodziców po stracie*, red. C. Klahs, Poznań 2010, s. 132. Problematyka pogrzebu dziecka prenatalnego dotyczy nie tylko dzieci zmarłych na skutek poronienia klinicznego, ale również porodu przedwczesnego, zarówno urodzonych martwo, jak i żywo, lecz niezdolnych do przeżycia. W artykule ograniczono się do analizy psychospołecznych uwarunkowań pochówku dziecka poronionego samoistnie, które w znacznej mierze są zbieżne, a w niektórych aspektach wręcz identyczne, z uwarunkowaniami organizacji pogrzebu dziecka zmarłego w wyniku porodu przedwczesnego. Nowym zagadnieniem problemowym jest prośba rodziców o pochówek abortowanego przez nich dziecka.

natalnego² na skutek poronienia klinicznego oraz pogrzebu jego ciała w wielu kręgach nadal stanowi społeczne tabu, również w zakresie zainteresowania mediów tym zagadnieniem³. Istotne wydaje się zatem uchwycenie możliwych determinantów organizacji pogrzebu dziecka poronionego, a więc tych wybranych czynników, które zaważą na decyzji rodziców o pochowaniu ciała zmarłego lub pozostawieniu jego zwłok w szpitalu. Ich identyfikacja pozwala określić zakres niezbędnych działań, których podjęcie przyczyni się do podniesienia poziomu kultury ronięcia⁴ i pogłębienia społecznego zrozumienia nieodzowności oddania szacunku ciałom dzieci poronionych przez wyprawienie im publicznego, a jeżeli to możliwe także i religijnego pogrzebu.

Zagadnienie problemowe rozpatrzmy dwukierunkowo, biorąc za punkt wyjścia rodzinę nuklearną zmarłego, składającą się z ojca, matki, poronionego dziecka oraz jego żyjącego rodzeństwa. W pierwszej części analiz ujawnimy egzogenne względem rodziny nuklearnej zmarłego determinanty organizacji pochówku poronionego dziecka, wprost wynikające z szerszych relacji społecznych, kształtowanych przez środowisko życia roniących, czyli zespół zewnętrznych uwarunkowań bezpośrednio oddziałujących na rodziców w sytuacji poronienia. W drugiej części zidentyfikujemy endogenne dla rodziny nuklearnej zmarłego determinanty organizacji pogrzebu, wyłaniające się z relacji rodziców ze zmarłym dzieckiem i zależne od afirmowanych przez nich wzorców psychoseksualnych i rodzicielskich oraz związanych z nimi orientacji aksjologicznych. Wskazane w tej części rozważań postawy rodzicielskie oraz postawy wobec rodzicielstwa są również wynikiem oddziaływania środowisk wychowawczych ojca i matki. Stają się one jednak bezpośrednim elementem modelującym relacje rodzic – dziecko prenatalne, stanowiąc składową systemu wartości i wzorców życiowych rodziców

² Pojęcie „dziecka prenatalnego” sformułowała i wprowadziła do polskiej literatury przedmiotu Dorota Kornas-Biela. Por. D. Kornas-Biela, *Dziecko prenatalne jako przedmiot zainteresowań psychologicznych organizacji i stowarzyszeń naukowych*, w: *Oblicza dzieciństwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2001, s. 225–252.

³ Por. A. Doroszevska, *Strata...*, s. 76.

⁴ Przez kulturę ronięcia rozumiemy całość uwarunkowań położniczo-pielęgniarskich, prawno-organizacyjnych, społeczno-obyczajowych, psychologiczno-pedagogicznych, etyczno-antropologicznych i religijnych, składających się na jakość przeżywania przez rodziców żałoby po śmierci dziecka w niepowodzeniu położniczym oraz doświadczania przez nich samego procesu poronienia samoistnego lub porodu przedwczesnego, a także kształtujących stosunek społeczeństwa do ciała dziecka prenatalnego i kwestii jego pochówku, wynikający ze społecznie afirmowanych koncepcji statusu antropologicznego człowieka w okresie prenatalnym.

zmarłego dziecka, dlatego winno się je zaliczyć do czynników endogennych. Nie sposób nie zauważyć, że próba wyodrębnienia wybranych egzogennych i endogennych determinantów organizacji pogrzebu dziecka prenatalnego, jak każda klasyfikacja, nie wyczerpuje całego spektrum wszystkich możliwych społecznych oddziaływań i jest obciążona pewnym błędem, bowiem czynniki te do pewnego stopnia wzajemnie się przenikają i warunkują.

Upřednio, dla kontekstualnego umiejscowienia rozważanej tematyki i klarownego zdefiniowania, czym jest śmierć dziecka prenatalnego na skutek poronienia klinicznego, niezbędne wydaje się nakreślenie medycznych aspektów poronień samoistnych. Podejmując tytułowe zagadnienie, świadomie zawężamy jego analizę do psychospołecznego (w tym zwłaszcza pastoralnego) wymiaru organizacji pogrzebu dziecka poronionego, pomijając precyzyjniejsze ujęcie samej psychologii żałoby i procesu zdrowienia osób tracących niedonoszone dziecko, szczegółowo omawianych w literaturze przedmiotu. Czynimy to, mając na uwadze zbyt małą liczbę publikacji i pewien niedosyt badań wprost odnoszących się do społecznych uwarunkowań pochówków dzieci zmarłych w niepowodzeniach położniczych.

1. Konceptualizacja poronienia klinicznego

Przedmiotem zainteresowania niniejszego opracowania jest poronienie kliniczne. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), przyjmując za kryterium wiek ciąży, definiuje poronienie jako zakończenie ciąży przed finalizacją 22. tygodnia jej trwania (21 tyg. + 6 dni). Obierając za kryterium masę ciała dziecka, terminem tym obejmuje ona ukończenie ciąży przed uzyskaniem przez płód 500 g masy ciała⁵. Definicja ta obowiązuje obecnie w praktyce klinicznej. Literatura przedmiotu rozszerza jej rozumienie, uznając za poronienie przerwanie ciąży w okresie niezdolności płodu do życia pozamacicznego⁶. Przyjmuje się, że zdolność taką płód osiąga powyżej 28. tygodnia⁷.

⁵ Por. M. Lewicka, M. Sulima, M. Pyć, B. Stawarz, *Charakterystyka poronień i prawa przysługujące kobietom po stracie ciąży*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis” (2013), nr 59, z. 1, s. 124; J. Skrzypczak, *Poronienie*, w: *Położnictwo i ginekologia. T. 1: Położnictwo*, red. G.H. Bręborowicz, Warszawa 2008, s. 111.

⁶ Por. M. Bielecki, M. Łazewska, M. Józwik, *Poronienie*, w: *Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów*, red. S. Soszka, Warszawa 1988, s. 121.

⁷ Por. M. Bielecki, M. Łazewska, M. Józwik, *Poronienie...*, s. 121.

Niektórzy autorzy mianem poronienia określają przedwczesne zakończenie ciąży do 16. tygodnia jej trwania⁸. W krajach anglosaskich termin ten przesuwno niegdyś do okresu przed dopełnieniem 20. tygodnia⁹. Niezależnie od wykazywanych przez autorów różnic w cenzusach czasowych, wynikających z przyjmowanych w minionych latach w praktyce klinicznej różnych norm w tym zakresie, poronienie samoistne uznaje się za patologię ciąży na wczesnym etapie jej rozwoju, prowadzącą do samoistnego wydalenia niezdolnego do życia poza organizmem kobiety dziecka, żywego lub martwego.¹⁰ Powikłanie to jest zaliczane do wczesnych niepowodzeń prokreacyjnych, w odróżnieniu od niepowodzeń późnych (letalna wada wrodzona, poród przedwczesny¹¹ itp.)¹². Bywa mylnie utożsamiane z poronieniem sztucznym, popularnie zwanym aborcją,¹³ która w przeciwieństwie do niego jest celowym i bezpośrednim uśmiercaniem embrionu lub płodu ludzkiego. Poronienie samoistne natomiast dokonuje się na skutek czynników niezamierzonych, najczęściej chorobowych.

Do samoistnego poronienia „może dojść w krótkim czasie po zapłodnieniu, przed, podczas lub wkrótce po implantacji zarodka w macicy”¹⁴. Pozostaje ono wówczas nierozpoznane przez lekarza i kobietę. Ten rodzaj poronień kwalifikuje się jako tzw. poronienia przedkliniczne, nierozpoznane¹⁵. Bilsko 60% ciąż (tzw. ciążę biochemiczne) nie zostaje w ogóle uświadomionych. W 30% przypadków utrata zarodka następuje przed implantacją, a w kolejnych 30% już po implantacji¹⁶. Uważa się, że co trzecie poczęte dziecko ponosi śmierć na skutek poronienia przedkli-

⁸ Por. J. Piotrowski, *Pielęgniarstwo w położnictwie i ginekologii. Podręcznik dla studentów wydziałów pielęgniarstwa akademii medycznych*, Warszawa 1984, s. 145; M. Troszyński, *Objawy i dolegliwości występujące w czasie ciąży*, w: *Zdrowie kobiety*, red. I. Roszkowski, Warszawa 1981, s. 140.

⁹ Por. J. Piotrowski, *Pielęgniarstwo...*, s. 145.

¹⁰ Por. M. Keirse, B. Spitz, A. Vandermeulen, *Jak sobie radzić z poronieniem*, tłum. M. Węzowska, Radom 2007, s. 141–142.

¹¹ Po 22. tygodniu ciąży, mniej więcej do 26. tygodnia, następuje poród niewczesny, natomiast pomiędzy 26. a 36. tygodniem poród przedwczesny. Por. J. Piotrowski, *Pielęgniarstwo...*, s. 145.

¹² Por. B. Chazan, *Lekarz...*, s. 131.

¹³ Por. M. Keirse, B. Spitz, A. Vandermeulen, *Jak sobie radzić...*, s. 142.

¹⁴ Por. B. Chazan, *Nieudane rodzicielstwo – współczucie dla rodziców, szacunek dla ciała dziecka*, w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Kraków 2013, s. 207.

¹⁵ Por. B. Chazan, *Nieudane...*, s. 207.

¹⁶ Por. B. Chazan, *Lekarz...*, s. 134.

nicznego, nieuświadomionego przez kobietę¹⁷. Wywołane nim krwawienie najczęściej uznaje ona za spóźnione krwawienie miesiączkowe¹⁸. Niektórzy ginekolodzy stoją na stanowisku, że prawdziwą przyczyną niemożności urodzenia dziecka u części kobiet, u których stwierdzono niepłodność, są poronienia przedkliniczne¹⁹. Tylko 40% ciąży udaje się rozpoznać. 30% z nich kończy się urodzeniem żywego dziecka, pozostałe 10% tzw. poronieniem klinicznym, do którego dochodzi przed ukończeniem 22. tygodnia rozpoznanej ciąży²⁰. Wczesne poronienie kliniczne występuje do 12. tygodnia, późne między 12. a 22. tygodniem ciąży²¹. W co trzecim poronieniu klinicznym nie stwierdza się w poronionych tkankach obumarłego zarodka, lecz jedynie trofoblast, mający dostarczyć zarodkowi tlen i substancje odżywcze²². W takich przypadkach mówi się o pustym jaju płodowym, powstającym na skutek częściowej lub całkowitej resorpcji embrionu po jego obumarciu²³. Dane szacunkowe wskazują, że w Polsce rokrocznie poronień klinicznych doświadcza 40-45 tys. ciężarnych²⁴. Według danych ministerialnych w latach 1990–2005 liczba poronień klinicznych wahała się od ponad 40 tys. do ok. 60 tys. rocznie²⁵. Blisko 25% ogółu kobiet przeszło jedno lub więcej poronień klinicznych, przez które rozumie się samoistne poronienie rozpoznanej ciąży przed finalizacją 22. tygodnia jej trwania²⁶.

Poronienia kliniczne dzieli się na: poronienia zupełne (całkowite), polegające na samoistnym wydaleniu z macicy jaja płodowego w całości²⁷; poronienia niezupełne, w których płód zostaje wydany poza macicę,

¹⁷ Por. B. Chazan, *Nieudane...*, s. 207.

¹⁸ Por. M. Bielecki, M. Łazewska, M. Józwik, *Poronienie...*, s. 121.

¹⁹ Por. B. Chazan, *Nieudane...*, s. 209.

²⁰ Por. tamże, s. 208.

²¹ Por. U. Dudziak, *Sytuacja rodziców doświadczających śmierci dziecka przed urodzeniem*, w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Kraków 2013, s. 181.

²² Por. B. Chazan, *Lekarz...*, s. 136.

²³ Por. B. Chazan, *Nieudane...*, s. 209.

²⁴ Por. tamże, s. 208.

²⁵ Por. *Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach odpuszczalności przerywania ciąży*. Warszawa 2001–2005. Cyt. za: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2005–2006*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2006, s. 242.

²⁶ Por. J. Skrzypczak, *Poronienie...*, s. 111.

²⁷ Por. M. Keirse, B. Spitz, A. Vandermeulen, *Jak sobie radzić...*, s. 142; J. Piotrowski, *Pielęgniarstwo...*, s. 145–146.

ale nie oczyszcza się ona całkowicie z resztek kosmówki lub łożyska²⁸; poronienia z a g r a ż a j ą c e, objawiające się skąpym krwawieniem z zamkniętej jeszcze, choć powoli rozwierającej się szyjki macicy – stan zapowiadający poronienie²⁹; poronienia z a c z y n a j ą c e się (nieuniknione), to rodzaj poronień, których nie da się już powstrzymać na skutek intensywnego rozwierania się kanału szyjki macicy³⁰; poronienia z a t r z y m a n e (chybione), w trakcie których obumarłe jajo płodowe, niewydalane samoistnie z macicy, pozostaje w niej przez wiele tygodni; poronienia s z y j k o w e, charakteryzujące się zepchnięciem jaja płodowego do kanału szyjki macicy, gdzie na skutek obkurczenia się ujścia wewnętrznego macicy zostaje ono unieruchomione i nie jest możliwe wydalenie go na zewnątrz³¹. Specyficznym rodzajem poronień klinicznych są poronienia p o w t ó r n e, gdy poronienie jest drugim z kolei, oraz poronienia n a w y k o w e, będące trzecim z rzędu³².

W przypadku poronienia niepełnego, chybionego i szyjkowego przewiduje się trzy formy wydobycia zwłok dziecka z jamy macicy matki. Pierwszą jest interwencja chirurgiczna wykonywana w trybie chirurgii jednego dnia przy znieczuleniu ogólnym i ograniczająca się do dwóch metod leczenia: łyżeczkowania i aspiracji. Polegają one na mechanicznym oczyszczeniu jamy macicy przy pomocy łyżki (łyżeczkowanie) lub narzędzia wchłaniającego (aspiracja). Ingerencja chirurgiczna wiąże się z zagrożeniem wystąpienia ewentualnych powikłań, wynikających z możliwości mechanicznego uszkodzenia ściany macicy, zmniejsza jednak ryzyko krwotoków. Druga forma leczenia, stosowana najczęściej w pierwszym trymestrze ciąży, przyjmuje postać postępowania wyczekującego na samoistne opróżnienie się jamy macicy. Najrzadziej eksploatuje się trzecią formę, do której zalicza się leczenie farmakologiczne przez podanie leków stymulujących macicę do opróżnienia. Jeżeli wiek ciąży uniemożliwia zastosowanie trzech powyżej

²⁸ Por. M. Keirse, B. Spitz, A. Vandermeulen, *Jak sobie radzić...*, s. 142; J. Piotrowski, *Pielęgniarstwo...*, s. 145; G. Cozza, *Przerwane oczekiwanie. Poradnik dla kobiet po poronieniu*, tłum. A. Paleta, B. Sosnowska, Warszawa 2013, s. 23.

²⁹ Por. M. Keirse, B. Spitz, A. Vandermeulen, *Jak sobie radzić...*, s. 142; J. Piotrowski, *Pielęgniarstwo...*, s. 145; J. Skrzypczak, *Poronienie...*, s. 112.

³⁰ Por. M. Keirse, B. Spitz, A. Vandermeulen, *Jak sobie radzić...*, s. 142; J. Piotrowski, *Pielęgniarstwo...*, s. 145.

³¹ Por. J. Piotrowski, *Pielęgniarstwo...*, s. 146.

³² Por. G. Cozza, *Przerwane...*, s. 24.

wskazanych form leczenia, zwłaszcza w drugim trymestrze, zachodzi potrzeba indukcji poronienia lub porodu³³.

Przyczyny poronień mogą leżeć po stronie matki, ojca, dziecka i łożyska bądź też wynikają z czynników zewnątrzpochodnych³⁴. Poronienie samostne następuje wskutek działania czynników genetycznych, współdziałania czynników genetycznych i zewnątrzpochodnych lub wyłącznie czynników zewnątrzpochodnych³⁵. Wśród przyczyn po stronie matki wyróżnia się: czynniki anatomiczne (nieprawidłowe położenie macicy w miednicy mniejszej, uszkodzenia i nieprawidłowości dróg rodnych, wady rozwoju macicy, zrosty wewnątrzmaciczne, mięśniaki i inne guzy macicy), czynniki morfologiczne (nietrzymanie szyjki macicy), czynniki hormonalne (upośledzone wydzielanie progesteronu i gonadotropiny kosmówkowej, niewydolność ciała żółtego, niedoczynność jajników i przysadki mózgowej), zakażenia ogólnoustrojowe (toksoplazmoza, bruceloza, różyczka, listerioza, wysoka gorączka), nieprawidłowe odżywianie i choroby metaboliczne³⁶. Dostrzega się także wpływ czynników immunologicznych, trombofili (skłonność do zakrzepów żylnych i tętniczych) oraz chorób genetycznych i przewlekłych matki (choroby serca i nerek, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze)³⁷. Ryzyko poronienia zwiększa używanie przez kobietę poza okresem ciąży i w trakcie jej trwania alkoholu, substancji odurzających, przyjmowanie niektórych typów leków³⁸. Nie bez znaczenia są również wiek matki (podwyższone ryzyko przed 20. rokiem życia i po ukończeniu 35. roku) oraz przebyte dotychczas poronienia³⁹. Stres psychiczny, długotrwałe napięcie nerwowe, urazy mechaniczne i wyczerpująca praca również mogą doprowadzić do przedwczesnego zakończenia ciąży⁴⁰.

Przyczyn poronienia po stronie ojca najczęściej dopatruje się w zaburzeniu procesu dojrzewania plemników w początkowych etapach spermatogenezy na skutek oddziaływania czynników szkodliwych: schorzeń gorączkowych, związków chemicznych, promieni jonizujących⁴¹. Wśród

³³ Por. tamże, s. 28–34.

³⁴ Por. M. Bielecki, M. Łazewska, M. Józwiak, *Poronienie...*, s. 122.

³⁵ Por. tamże, s. 122.

³⁶ Por. M. Bielecki, M. Łazewska, M. Józwiak, *Poronienie...*, s. 123–124.

³⁷ Por. G. Cozza, *Przerwane...*, s. 21.

³⁸ Por. tamże.

³⁹ Por. tamże.

⁴⁰ Por. M. Troszyński, *Objawy...*, s. 140.

⁴¹ Por. M. Bielecki, M. Łazewska, M. Józwiak, *Poronienie...*, s. 125.

przyczyn po stronie dziecka i łożyska wskazuje się na konflikt serologiczny i nieprawidłowości genetyczne (geny chorobowe, choroby dziedziczne, aberracje chromosomowe, niezgodność genów), wywołujące zaburzenia rozwojowe wężła zarodkowego, nieprawidłowości w rozwoju zarodka i wady rozwojowe płodu⁴². Nieprawidłowy rozwój kosmówki jest wiązany z niedotlenieniem płodu, zmianami naczyniowymi i zwyrodnieniowymi kosmówki⁴³. Jako zewnątrzpochodne czynniki uszkodzające płód zostały zaklasyfikowane leki (np. antykoagulanty, preparaty jodu, cytostatyki, antybiotyki), fale ultrakrótkie, promienie jonizujące itp.⁴⁴ Za około 50–60% poronień, do których dochodzi w pierwszym trymestrze ciąży, odpowiadają wady genetyczne organizmu dziecka, zwłaszcza anomalie chromosomowe w liczbie chromosomów (86%) i w ich strukturze (6%)⁴⁵. Szacuje się, że 20% przyczyn poronień samoistnych występuje po stronie matki, z kolei 50% po stronie płodu⁴⁶.

Profilaktyka poronień jest zadaniem niezmiernie trudnym. Większości z nich, zwłaszcza mających podstawę w zaburzeniach genetycznych, nie da się zapobiec. Podkreśla się jednak konieczność podjęcia badań diagnostycznych w okresie prekonceptyjnym, by określić te czynniki ryzyka, zależne przykładowo od stylu życia kobiety, które da się wykluczyć⁴⁷.

2. Problematyka pogrzebu poronionego dziecka w szerszych relacjach społecznych

Na jakość przeżywania przez rodziców doświadczanego poronienia główny wpływ ma dominujący sposób postrzegania i odnoszenia się do kobiet ciężarnych w ich środowisku pracy, rodziny i najbliższym otoczeniu⁴⁸. Decydująca jest reakcja tego środowiska na informację o śmierci dziecka i przyjęta przez niego postawa wobec konieczności pochowania ciała zmar-

⁴² Por. tamże, s. 122–125.

⁴³ Por. tamże, s. 125.

⁴⁴ Por. tamże.

⁴⁵ Por. G. Cozza, *Przerwane...*, s. 21.

⁴⁶ Por. M. Bielecki, M. Łazewska, M. Jóźwik, *Poronienie...*, s. 121.

⁴⁷ Por. B. Chazan, *Nieudane...*, s. 208.

⁴⁸ Por. A. Doroszewska, *Strata...*, s. 77; D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa 2004, s. 51–54, 58–60, 64–65.

łego⁴⁹. Charakter ujawnianych postaw względem organizacji pochówków dzieci poronionych jest wymiernym wskaźnikiem podejścia społeczeństwa do dziecka rozwijającego się w łonie matki, to jest akceptacji jego godności osobowej i pełni człowieczeństwa od pierwszych chwil jego życia bądź odmowy uznania embrionu i płodu za osobę ludzką. Etyczna ocena statusu antropologicznego człowieka w okresie prenatalnym determinuje sposób rozumienia samego wydarzenia poronienia, a co za tym idzie – warunkuje brak zianteresowania, kontestację bądź też udzielenie społecznego przyzwolenia na pochówek dzieci prenatalnych z należnym im szacunkiem. Jeżeli bowiem środowisko roniących rozpatrzy poronienie jako odejście niepowtarzalnej osoby ludzkiej, obdarzonej nienaruszalną godnością ontyczną,⁵⁰ wewnętrzną potencjalnością bytu ludzkiego zmierzającą do ujawnienia zdolności osobowych (świadomości, samoświadomości, racjonalności itp.) na kolejnych etapach rozwojowych,⁵¹ istoty cieszącej się pełnią praw przysługujących jej z faktu posiadania natury ludzkiej (w okresie prenatalnym zwłaszcza prawa do życia, tożsamości ontycznej i naturalnego rozwoju),⁵² mającej wartość samą w sobie,⁵³ której cel istnienia wpisuje się w sam fakt jej zaistnienia i dalszego bytowania (autoteleologizm istnienia osoby), będącej uosobieniem niewinności i całego piękna dzieciństwa, to organizacja pogrzebu staje się czymś naturalnym i nie sposób jej podać w wątpliwość.

Ścisły związek, jaki zachodzi pomiędzy stosunkiem społeczeństwa do dziecka w prenatalnym okresie jego rozwoju a przyjmowaną przez otoczenie postawą względem kobiety, która wskutek samoistnego poronienia je utraciła, uwidacznia się szczególnie przy rozważeniu roli społecznej matki oraz przypisywanej jej tożsamości społecznej. Uznanie przez społeczność statusu osobowego oraz nienaruszalnej godności embrionu i płodu ludzkiego równocześnie szereguje kobietę oczekującą narodzin dziecka jako matkę, i to w tej roli będzie ona postrzegana przez środowisko,

⁴⁹ Por. A. Doroszevska, *Strata...*, s. 77.

⁵⁰ Por. T. Biesaga, *Status osobowy człowieka w okresie prenatalnym i jego prawa*, „Rocznik Filozoficzny”, Wydział Filozoficzny WSFP Ignatianum w Krakowie (2009), nr 15, s. 19–26; M. Machinek, *Życie w dyspozycji człowieka. Teologia moralna wobec problemów etycznych u początków życia ludzkiego*, Olsztyn 2000, s. 25–26.

⁵¹ Por. T. Biesaga, *Potencjalność wewnętrzna i uprawnienia etyczne embrionu ludzkiego*, w: *Dynamizm – dynamizm ludzki – dynamizm osoby*, red. P. Mazur, Kraków 2014, s. 95–108.

⁵² Por. T. Biesaga, *Status...*, s. 20.

⁵³ Por. M. Machinek, *Życie...*, s. 37–40.

nakładające na nią konkretne zobowiązania z tym stanem się wiążące. Społeczna rola kobiety ciężarnej będzie zatem utożsamiona z rolą matki.

W sytuacji poronienia zostanie ona uznana za matkę, która utraciła dziecko i której przysługuje moralne prawo, a wręcz obowiązek, godziwego pogrzebania jego ciała. W praktyce życia inicjatywa wyprawienia religijnego i publicznego pogrzebu dziecka zmarłego w niepowodzeniu położniczym nierzadko budzi jednak sprzeciw najbliższego otoczenia roniących⁵⁴.

2.1. Pogrzeb dziecka a otwarta kontestacja jego statusu osobowego

Z jednej strony wiąże się to z faktem bezpośredniej i otwartej negacji statusu osobowego nienarodzonych. W tym przypadku poronienie rozpatruje się wyłącznie w kategoriach nagłej zmiany dotychczasowego stanu fizjologicznego kobiety. Płód czy embrión traktuje się jako ludzki organizm biologiczny, aktywny na poziomie fizjologicznym, lecz z pewnością nieosobowy lub posiadający, co najwyżej, status „przyszłej osoby”, nadany wyłącznie na mocy decyzji osób zainteresowanych jego istnieniem, dla społeczeństwa jednak pozbawiony obiektywnej wartości⁵⁵. Wydobyty z dróg rodnych kobiety materiał biologiczny podlega utylizacji jako odpad medyczny⁵⁶. W społecznościach negujących status osobowy nienarodzonych społeczna rola kobiety ciężarnej będzie się zatem mieściła wyłącznie w fizjologicznym wymiarze ciąży i związanymi z nią wymogami higieny. Ewentualne poronienie zostanie przyjęte za utratę ciąży, ale nie będzie uznane za śmierć dziecka, a kobieta w świadomości społecznej nie wystąpi w roli matki. Podobnie zgłaszane przez nią pragnienie organizacji pogrzebu ciała dziecka będzie uważane za niedorzeczne. To brzemiennie w skutkach przeciwstawienie „strata ciąży czy strata dziecka” charakteryzuje także i tę grupę społeczną, która choć nie odmawia embrionom i płodom ludzkim człowieczeństwa i godności osobo-

⁵⁴ Por. A. Doroszevska, *Strata...*, s. 77–79; D. Kornas-Biela, *Rodzina w procesie prokreacji*, w: *Rodzina. Bezcenny dar i zadanie*, red. J. Stala, E. Osewska, Radom 2006, s. 509–511.

⁵⁵ Por. G. Hołub, *Godność osobowa dziecka nienarodzonego*, w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Kraków 2013, s. 14–15; G. Hołub, *Status osobowy dziecka chorego przed i po urodzeniu*, „*Życie i Płodność*” (2008), nr 4, s. 7–11; G. Hołub, *Człowiek u schyłku swojego życia – osoba czy „była osoba”*, „*Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo*” (2007), nr 6, s. 1–2.

⁵⁶ W Polsce ciało nienarodzonego dziecka podlega ochronie prawnej i przysługuje mu status ludzkich zwłok.

wej, to próg graniczny pełnienia przez kobietę roli matki przesuwana jednak do momentu porodu⁵⁷.

2.2. Pogrzeb dziecka a nieuporządkowany wzgląd na cierpienie rodziców

Z drugiej strony, choć oficjalnie nie kwestionuje się godności osobowej embrionu i płodu ludzkiego, przez nieuporządkowany wzgląd na cierpienie rodziców czyni się to niejako *de facto*. To nieuporządkowane podejście do cierpienia osieroconych wynika z zachwiania pewnej hierarchii dóbr i naturalnej kolejności przeżywania poronienia. Wiele środowisk próbuje zamknąć problem śmierci dziecka przed narodzinami wyłącznie w obszarze tragedii kobiety, często nie dostrzegając roli mężczyzny, a nawet pomijając same dziecko. Bierze się pod uwagę jedynie cierpienia matki. Boleść ojców zostaje poniekąd usunięta w cień⁵⁸. Wychodzi się z przekonania, że kobieta powinna jak najszybciej zapomnieć o stracie. Temu właśnie służą nietrafne pocieszenia i próby banalizowania sytuacji: „Nie przejmuj się. Będziesz miała inne dzieci” albo „Nie przesadzaj. Jesteś młoda. Na pewno jeszcze zostaniesz matką” itp.⁵⁹ Zgodnie z tą logiką myślenia pogrzeb zmarłego nie ma sensu, gdyż spotęguje ból rodziców, a mogiła będzie powodem ciągłego rozdrapywania ran. Rodzice pragnący godnie pochować dziecko muszą przedrzeć się przez niewyrozumiały z racjonalnego punktu widzenia zgiełk, którym środowisko próbuje zakrzyczeć ich ból, wmówić im, że właściwie nic poważnego się nie stało, znosząc lekceważące i dokuczliwe komentarze lub wręcz przeciwnie – są zmuszeni skruszyć mur milczenia. Równocześnie otoczenie nie wykazuje najmniejszego zainteresowania losem ciała dziecka,

⁵⁷ Por. A. Doroszewska, *Strata...*, s. 77–79; D. Kornas-Biela, *Rodzina...*, s. 509–511.

⁵⁸ Konstatacja ta znajduje potwierdzenie w stanie literatury przedmiotu. Ilość publikacji poświęconych przeżywaniu żałoby przez ojca dziecka poronionego jest niewspółmierna do podejmujących to zagadnienie z perspektywy doświadczeń roniącej kobiety. Podobną dysproporcję dostrzega się w zainteresowaniu badaczy w ogóle tematyką macierzyństwa i ojcostwa, a zwłaszcza na prenatalnym etapie życia dziecka. Por. D. Kornas-Biela, *Rodzina w procesie prokreacji*, w: *Rodzina. Bezczenny dar i zadanie*, red. J. Stala, E. Osewska, Radom 2006, s. 484, 508–509. Interdyscyplinarne opracowanie zagadnień związanych z ojcostwem zawierają prace: D. Kornas-Biela, *Oblicza ojcostwa*, Lublin 2001; D. Kornas-Biela, *Ojcostwo wobec wyzwań współczesności*, Lublin 2007.

⁵⁹ Por. M. Trąbińska-Haduch, H. Kulczycka, *Anioł przy moim łóżku*, w: *Przebrane narodziny. Strata ciąży w aspekcie psychologicznym, socjologicznym, medycznym i etycznym*, red. E. Dmoch-Gajzlerska, I. Barton-Smoczyńska, Warszawa 2012, s. 182.

ucinając problematyczne pytanie przypisaniem obowiązku uregulowania tej kwestii administracji szpitala⁶⁰. W tej sytuacji dziecko nie jest postrzegane jako ktoś zmarły, a terminy „pogrzeb”, „żałoba”, „śmierć” w odniesieniu do poronienia brzmią obco i dziwnie. Choć tego typu określenia w sposób naturalny nasuwają się same, to zostają zepchnięte w obszar podświadomości, bowiem związane z nimi emocje i skojarzenia wymuszają niejako konieczność opowiedzenia się za organizacją pogrzebu, czego za wszelką cenę chce się uniknąć. Wewnętrznie stłumione, nie budzą wprowadzających w stan niepokoju poruszeń sumienia. Nacisk społeczny na rodziców noszących się z zamiarem pogrzebu dziecka poronionego nierzadko okazuje się silniejszy od ich wytrzymałości psychicznej. Ulegając namowom i stygmatyzacji otoczenia, zwłaszcza rodzin generacyjnych, pozostawiają zwłoki zmarłego w szpitalu, przerzucając tym samym obowiązek ich pochowania na administrację szpitala i współpracując z nią w tym zakresie inne podmioty (m.in. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej).

Wyraźnie można tu dostrzec zaburzenie naturalnej hierarchii praw, gdzie źle ujęte prawa rodziców przekłada się nad prawa dziecka, których w rzeczywistości się nie uznaje albo zbywa całkowitym milczeniem. Próbuje się wręcz wprowadzić pewien antagonizm w relacje rodziców ze zmarłym dzieckiem, przeciwstawiając interes pierwszych prawom drugiego. Dobro roniących wymaga jednak uznania i respektowania w pierwszej kolejności fundamentalnego prawa dziecka do poszanowania jego zwłok. Nie da się rozdzielić dramatu dziecka, ojca i matki, nierozzerwalnie ze sobą złączonych, ale winno się nade wszystko dostrzec najbardziej bezbronnych i niemających głosu, a najwięcej tracących – dar życia i godziwy pochówek dzieci. Jeżeli w pierwszej kolejności uszanuje się prawa zmarłego⁶¹, wówczas udzieli się rodzicom

⁶⁰ „Rodzice, którzy nie zdecydują się na samodzielne zorganizowanie pogrzebu swojego martwo urodzonego dziecka, mają prawo zostawić zwłoki w szpitalu, a obowiązek pochowku, zgodnie z art. 10 ust. 3 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych, przechodzi na gminę właściwą ze względu na miejsce zgonu (art. 10 ust. 4 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych)”. K. Myślińska, *Sytuacja prawna rodziców dziecka poronionego*, w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Kraków 2013, s. 222.

⁶¹ Użyte tu określenie „prawa zmarłego” należy w kontekście prowadzonego wywodu rozumieć jako figurę retoryczną, zastosowaną dla podkreślenia antropologiczno-etycznych i teologiczno-moralnych aspektów zobowiązań funeralnych rodziny. Nie mamy tu bowiem na myśli prawnej ochrony dóbr osobistych zmarłego, wynikającej z rozwiązań przyjętych w tym zakresie na gruncie prawa polskiego. Ukazując społeczny aspekt poronienia, chcemy wszakże uwydatnić konieczność wypełnienia przez bliskich zmarłego dziecka moralnej

najskuteczniejszego i najbardziej adekwatnego wsparcia, taka jest bowiem naturalna kolej przeżywania żałoby. Godny pochówek przysługuje dzieciom ze względu na posiadane przez nich za życia człowieczeństwo i godność osobową, ale równocześnie ich grób jest nieocenioną pomocą w przepracowaniu straty przez rodziców, którzy dzięki niemu mają poczucie, że dali swojemu dziecku wszystko, co mogli dać, łącznie z należnym miejscem wiecznego spoczynku i materialnym znakiem szczerzej pamięci na zawsze.

2.3. Pogrzeb dziecka a subiektywne poczucie winy kontestatorów

Krytyka starań rodziców o organizację pogrzebu dziecka poronionego może wynikać z subiektywnego poczucia winy osoby (najczęściej członka dalszej rodziny lub personelu medycznego, w tym prowadzącego ciężą lekarza), która przez nie w pełni świadomie lub nieświadomie działanie pośrednio przyczyniła się do śmierci dziecka lub przynajmniej tak uważa. Działanie to mogło przyjąć postać aktywnego oddziaływania na psychiczną kondycję matki lub zaniedbania skutkującego pogorszeniem stanu zdrowia ciężarnej i jej dziecka. Niepokój sumienia może się rodzić z obiektywnej winy osoby, z której zdała ona sobie sprawę *post factum*, ale również z nieuzasadnionego przypisywania sobie odpowiedzialności za śmierć dziecka, w żaden sposób nie przyczyniwszy się do niej. Tego typu reakcja jest próbą racjonalizacji zaistniałej sytuacji poprzez doszukiwanie się błędu we własnym działaniu. Przykładem zawinionego działania lekarza jest przedwczesne uznanie dziecka za zmarłe we wczesnej ciąży i podjęcie decyzji o zakończeniu poronienia samoistnego, które staje się niezamierzoną aborcją. Bez względu na faktyczną odpowiedzialność danej osoby, zaciąga ona obiektywną winę, kiedy nie dąży do pozytywnej weryfikacji swojego dotychczasowego działania, które ocenia negatywnie, i nie zmierza do zadośćuczynienia za wyrządzone w jej przekonaniu zło na tyle, na ile jest to możliwe, a więc przez oddanie szacunku ciału zmarłego i wsparcie rodziców. Taką postawą, wprost przeciwnie, pogłębia ich cierpienia i próbuje pomniejszyć w świadomości społecznej i swojej własnej tragizm wydarzenia, odmawiając zmarłemu prawa do po-

powinności godziwego pochowania jego szczątków lub zwłok. Wyczerpujące omówienie problematyki ochrony dóbr osobistych zmarłych, przewidzianej przez polskiego ustawodawcę, czytelnik odnajdzie w rozprawie habilitacyjnej Jacka Mazurkiewicza pt. *Non omnis moriar: ochrona dóbr osobistych zmarłego w prawie polskim* (Uniwersytet Wrocławski, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii, Wrocław 2010).

chówku. Nie nazywając poronienia śmiercią, tkanek płodowych zwłokami, dziecka zmarłym, zastępując pogrzeb utylizacją, zniekształca jego prawdziwy obraz, zagłuszając rodzące się wyrzuty sumienia i ukrywając poczucie winy.

2.4. Pogrzeb dziecka a przemoc prenatalna adwersarzy

Kontestacja pogrzebów dzieci poronionych jest szczególnie deprawująca, kiedy wpisuje się w ciąg świadomych, intencjonalnie ukierunkowanych i systematycznie realizowanych działań wymierzonych przeciwko zdrowiu i życiu dziecka nienarodzonego. Chodzi tu mianowicie o sytuacje, w których matka i dziecko stają się ofiarami destrukcyjnego oddziaływania otoczenia zmierzającego do unicestwienia poczętego dziecka postrzeganego jako zagrożenie. Rolę agresora może pełnić ojciec dziecka, ale również jego dziadkowie lub inna osoba z najbliższego kręgu roniącej matki⁶². Dotyczy to zwłaszcza tych sytuacji, kiedy dziecko jest już którymś z kolei w rodzinie nuklearnej i agresor z różnorodnych powodów nie wyraża zgody na jego narodziny; kobieta jest namawiana do aborcji, ale stanowczo odmawia jej przeprowadzenia. Może to również dotknąć pierwszego dziecka, którego ojciec pozostaje w bierno-zależnej relacji do swojej matki, dla której małżonka syna i poczęte dziecko stanowią realne zagrożenie utraty nad nim kontroli i jego ostatecznego usamodzielnienia się. Narodziny potomka mogą w przekonaniu matki zbyt silnie związać syna z żoną, a samo dziecko może

⁶² Przemoc ta, zwana p r z e m o c ą p r e n a t a l n ą, „jest krzywdą, która może być wyrażana dziecku zarówno przez samą matkę, jak też przez ojca lub inne osoby z otoczenia, które mogą znęcać się nad nią, podejmując czyny o charakterze agresji fizycznej, słownej, psychicznej, w wyniku czego kobieta, a tym samym dziecko, może doznać uszkodzenia ciała, doświadczać niedożywienia, niedotlenienia, silnego stresu. Przemoc prenatalna może mieć charakter aktywny, jeśli są przewidziane jakieś działania przeciw dziecku (niezależnie od intencjonalności tych czynów), oraz charakter pasywny – związany z zaniedbaniem podjęcia stosownych działań przez rodziców, jak też inne osoby, dzięki którym działania na szkodę dziecka mogłyby być zahamowane. Przemoc może być podejmowana świadomie i intencjonalnie, np. żeby spowodować poronienie, doprowadzić do śmierci dziecka, żeby się zemścić na dziecku za krzywdy doznane od jego ojca. Może też być świadoma, ale nie intencjonalna (...). Dziecko może również stać się ofiarą przemocy, zwłaszcza zaniedbania zaspokojenia jego potrzeb, z powodu braku wiedzy i kompetencji opiekuńczo-wychowawczej rodziców, ich nieprzygotowania do rodzicielstwa, niewydolności intelektualnej, niezaradności życiowej, niedojrzałości osobowości, traum doznanych w życiu, trudnych sytuacji związanych z prokreacją”. D. Kornas-Biela, *Zaniedbania prenatalne*, „Dziecko Krzywdzone” (2012), nr 1(38), s. 24.

zając tylko jej przynależne – wedle opinii teściowej ciężarnej kobiety – centralne miejsce w życiu mężczyzny. Nie sposób rozważyć wszystkich możliwych okoliczności i motywacji działań agresora. Ich wspólnym ogniwem jest fakt rozmyślnie negatywnego wpływu agresora na psychikę kobiety, bezdyskusyjnie afirmującej poczęte dziecko, przez różne formy zadręczania, znęcania się psychicznego, poniżania, a tym samym uzyskania wysokiego nasycenia środowiska życia ciężarnej czynnikami stresogennymi, mającymi wywołać samoistne poronienie. Kobieta najczęściej albo nie jest świadoma podejmowanych względem niej działań, albo uprzytomniwszy sobie źródło mnożących się w jej otoczeniu bodźców stresowych i cel przemocy prenatalnej agresora, na wszelkie sposoby stara się chronić dziecko. Psychiczny ciężar całej sytuacji staje się jednak nie do uniesienia i niejednokrotnie przerasta kobietę, która w obliczu zmasowanego ataku okazuje się bezradna, a jej organizm nie wytrzymuje długotrwałego napięcia. Poronienie jest wówczas nieuchronną konsekwencją stanu psychicznego matki i w rzeczywistości należy go uznać za „cichą aborcję”. Sprzeciw agresora wobec organizacji pogrzebu ma na celu zatarcie wszelkich materialnych śladów po zmarłym dziecku⁶³.

Przeciwno inicjatywie wyprawienia pogrzebu dziecka poronionego mogą wystąpić także te osoby z otoczenia rodziców, które dopuściły się na swoich dzieciach przemocy prenatalnej, uśmierciwszy je przez różne formy działań abortywnych i wczesnoporonnych. Postawa rodziców pragnących zmanifestować godność osobową dziecka poronionego przez oddanie szacunku jego ciała staje się dla tych osób swoistym wyrzutem, stawia je w prawdzie zbrodni, której się dopuściły, oraz burzy wewnętrzny spokój, który wypracowały dzięki negocjowaniu przez lata w sumieniu człowieczeństwa embrionu i płodu ludzkiego. Kategoryczna afirmacja przez obecnie roniących rodziców nowo poczętego dziecka, często młode małżeństwa podejmujące starania o organizację jego publicznego i religijnego pogrzebu jest dla kontestatorów niebywale trudną sytuacją konfrontacji własnych postaw i zachowań, podjętych przed laty decyzji i zrealizowanych działań abortywnych, będących absolutnym zaprzeczeniem aksjologii małżonków zamierzających z miłością i starannością oddać ostatnią posługę zmarle-

⁶³ Zagadnienie długotrwałego doświadczania silnego stresu przez matkę jako czynnika ryzyka rozwojowego dziecka prenatalnego i formy przemocy prenatalnej podjęła Dorota Kornas-Biela w: *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu*, Lublin 2009, s. 65–73; D. Kornas-Biela, *Wokół...*, s. 91.

mu w sposób niezawiony przez nich dziecku. By uciec od tej konfrontacji, oponenci starają się na wszelkie sposoby odwieść rodziców od zamiaru pogrzebienia szczątków lub zwłok dziecka. Małżonkowie ci niejednokrotnie nie potrafią zrozumieć postawy adwersarzy, nierzadko dziadków, rodziców czy teściów, często nie znają bowiem prawdziwych powodów ich sprzeciwu. Kontestacja ta sprawia, że przemoc prenatalna, której dopuścili się przed laty dziadkowie, rodzice czy teściowie na własnych dzieciach, dosięga kolejne pokolenia nienarodzonych: wnuków i prawnuków.

2.5. Pogrzeb dziecka a świadomość niedopełnionego obowiązku oponentów

Osoby, które uprzednio straciły dziecko na skutek poronienia samoistnego i nie zdecydowały się na pochowanie jego zwłok, dobrowolnie pozostawiając ciało w szpitalu, mogą sugerować podobne rozwiązanie rodzicom obecnie doświadczającym śmierci dziecka prenatalnego. Ich działanie jest zbliżone do motywacji osób, które w przeszłości dopuściły się przemocy prenatalnej, choć oczywiście one same w żaden sposób nie przyczyniły się do poronienia i nie ponoszą żadnej winy z powodu śmierci dziecka. Odradzając pogrzeb innym rodzicom, nie chcą burzyć we własnym sumieniu ustalonego porządku, wypracowanego *status quo*, pogodzenia się z dobrowolną rezygnacją z pochowania ciała swojego dziecka. Podpowiadając obecnie roniącym własny wzór zachowania, poszukują niejako potwierdzenia słuszności podjętej niegdyś decyzji. W rzeczywistości trudno jest im się przyznać przed sobą, jak również przed otoczeniem, do popełnionego błędu.

Sytuacja może jednak przybrać odmienny obrót. Uświadomiwszy sobie swój błąd i mając odwagę negatywnie ocenić swoje przeszłe działania, osoby te mogą gorąco namawiać roniących do organizacji pogrzebu, zarówno noszących się z tym zamiarem, a szczególnie tych, którzy zamierzają odstąpić od organizacji pochówku. Podpierając się własnym przykładem, mogą przestrzegać rodziców przed pochopną rezygnacją z przysługującego im prawa, często nie w pełni świadomie podjętą w natłoku gwałtownych emocji i uczuć, a jednak decyzję już na zawsze nieodwracalną i którą bardzo trudno jest sobie przez następne lata wybaczyć.

Rodzice, którzy w przeszłości doświadczyli śmierci dziecka prenatalnego i z powodu obowiązujących wówczas regulacji prawnych i realiów funk-

cjonowania szpitali nie mogli pochować własnego dziecka, choć bardzo pragnęli to uczynić, są dużym wsparciem dla obecnie roniących, rozumieją bowiem ich postawę i motywację. Są świadomi, jak wielką wagę w przeżywaniu żałoby odgrywa właściwe pożegnanie się z dzieckiem i jego mogiła oraz jak wiele bólu i cierpienia nastęrczają i potęgują okoliczności pozbawienia rodziców bezpośredniego kontaktu ze zmarłym dzieckiem.

2.6. Pogrzeb dziecka a postawa personelu medycznego

Jednym z głównych czynników wpływających na decyzję rodziców o pochowaniu zwłok dziecka poronionego we własnym zakresie lub pozostawieniu jego ciała w szpitalu jest stosunek personelu medycznego, szczególnie położnej i lekarza dyżurującego na oddziale położniczym, do embrionu i płodu ludzkiego, poronień klinicznych i organizacji pogrzebów nienarodzonych oraz respektowanie lub nieprzestrzeganie przez pracowników szpitali obowiązujących w tym względzie przepisów prawa polskiego. Szczególna odpowiedzialność moralna pracowników oddziałów położniczych i ginekologicznych wynika przede wszystkim z faktu, iż to oni, jako osoby pierwszego kontaktu z roniącymi, komunikują rodzicom ostateczną informację o śmierci dziecka i towarzyszą im przy wykonywaniu niezbędnych badań lub sami przeprowadzają zabiegi związane z poronieniem. Odpowiedzialność ta wypływa także z okoliczności ich bezpośredniej styczności ze zwłokami zmarłego, ciążyącego na nich obowiązku przekazania rodzicom wszelkich niezbędnych informacji o przysługujących im uprawnieniach, w tym zwłaszcza o prawie do pochowania zwłok, a nade wszystko z roli, jaką personel odgrywa w urabianiu postaw roniących wobec wydarzenia poronienia i ciała zmarłego. Od systemu wartości, afirmującego bądź negującego godność osobową człowieka od poczęcia⁶⁴ i wprost przekładającego

⁶⁴ W dyskursie społecznym afirmację godności osobowej dziecka prenatalnego zawęża się do kwestii światopoglądowych, stąd w prowadzonych rozważaniach przywołaliśmy tę błędną argumentację. Uznajemy ją za fałszywą, ponieważ status antropologiczny człowieka przed narodzeniem nie jest i nie może być przedmiotem dowolnych dyskusji światopoglądowych. Niezaprzeczalnym bowiem faktem naukowym jest to, że ludzkie życie osobowe inicjuje akt poczęcia, z czego wynika ogólnoludzki imperatyw etyczny ochrony godności osobowej człowieka na prenatalnym etapie jego rozwoju. Status osobowy embrionu i płodu ludzkiego nie jest więc kwestią światopoglądową, ale obiektywnym faktem naukowym, którego przy zachowaniu fundamentalnej uczciwości intelektualnej nie sposób odrzucić, a jeśli się to czyni, to jedynie z powodów ideologicznych.

się na przyjmowane postawy w życiu zawodowym zależy podejście pracowników szpitali do zwłok dziecka nienarodzonego i roniących rodziców. Panujący na danym oddziale szpitalnym poziom kultury zawodowej i etyki oraz przyjęte praktyki, niejednokrotnie będące wprost zaprzeczeniem obowiązujących regulacji prawnych, w znacznym stopniu rzutują na to, w jakiej kondycji psychicznej roniący opuszczą szpital, czy będą musieli dochodzić swoich praw na drodze sądowej, i jak długo będą zmuszeni pokonywać psychiczne, moralne i duchowe konsekwencje, nierzadko nagannych zachowań pracowników oddziałów położniczych i ginekologicznych. Gesty, terminologia, którą personel posługuje się na określenie dziecka prenatalnego, względ na roniących – wszystko to składa się na obraz poronienia, który zapisze się w pamięci rodziców na długie lata. Ostatecznie, negatywne bądź pozytywne ustosunkowanie się lekarzy, położnych i administracji szpitala do wysuwanych przez rodziców próśb wydania ciała dziecka dla celów pochówku, postawa życzliwej pomocy w zgromadzeniu wymaganej dokumentacji lub otwarta kontestacja organizacji pogrzebu, to kluczowe determinanty pochowania z godnością zwłok poronionych dzieci. Przypadki odmowy wydania ciała dziecka i stawiania przez personel medyczny daleko idących przeszkód w tym względzie dobitnie wskazują, że same regulacje prawne, bez odpowiedniego przygotowania i formacji etycznej pracowników szpitali, w żaden sposób nie wystarczą, by zagwarantować rodzicom możliwość pochówku zwłok zmarłych dzieci prenatalnych.

Praktyka funkcjonowania szpitalnych oddziałów położniczych i ginekologicznych dostarcza niemałą liczbę negatywnych świadectw braku kompetencji, profesjonalizmu, a czasami zwykłej ludzkiej przyzwoitości personelu medycznego. Rodzice, doświadczony tego typu zachowań, informują o nich szerszą opinię publiczną, publikując przykre wspomnienia w formie książkowej⁶⁵ lub zamieszczając je na forach i portalach internetowych poświęconych tej tematyce⁶⁶. Lektura tych świadectw pozwala zidentyfikować niedomagania personelu, które być może są wręcz niedostrzegalne przez samych pracowników szpitali. Nie sposób wymienić wszystkich. Dla zobrazowania specyfiki problemu warto jednak odwołać się chociażby do niektórych. Rodzice skarżą się, że położne wyśmiewają matki uznające poroniony

⁶⁵ Zob. C. Klahs (red.), *Poronienie. Zrozumieć rodziców po stracie*, Poznań 2010, s. 7–86; G. Cozza (red.), *Przerwane oczekiwanie. Poradnik dla kobiet po poronieniu*, tłum. A. Paleta, B. Sosnowska, Warszawa 2013, s. 113–175.

⁶⁶ Zob. www.poronienie.pl (dostęp: 1.06.2018).

embrion czy płód za zmarłą osobę ludzką i ostentacyjnie wręczają oczekującym na zabieg łyżeczkowania słoiki na „tkanki” – w domyśle ciała dziecka⁶⁷. Rodzice nie są informowani o dokładnym stanie ciąży, wprowadzanych lekach, zastosowanych metodach leczenia. Doświadczają obojętności personelu, gdy próbują uzyskać odpowiedzi na niepokojące ich pytania⁶⁸. Biurokracja niejednokrotnie okazuje się ważniejsza od ratowania zdrowia i życia ludzkiego. Zdarzają się sytuacje, kiedy krwawiące kobiety, zamiast zostać niezwłocznie poddane badaniom diagnostycznym, są przetrzymywane na recepcjach oddziałów i zmuszane do wypełniania dokumentacji, podając informacje, których w trakcie badań z całą pewnością mógłby udzielić mąż roniącej⁶⁹. Mężom uniemożliwia się pozostanie z żonami na oddziale w noc poprzedzającą zabieg łyżeczkowania czy indukcji poronienia lub porodu⁷⁰. Roniące kobiety umieszcza się na oddziałach porodowych wraz z ciężarnymi oczekującymi porodu lub karmiącymi już noworodki⁷¹. Rodzicom nie przekazuje się informacji o możliwości zabrania ciała dziecka i organizacji pogrzebu⁷². W niektórych szpitalach już przy przyjęciu na oddział rodzice otrzymują do podpisania oświadczenie zrzeczenia się prawa do pochowania zwłok dziecka⁷³. Położne i pielęgniarki krytykują stan cywilny kobiet, bagatelizują śmierć dziecka, czynią nietrafne uwagi, formułują banalne pocieszenia, traktują poronienie jako nic nieznaczące zdarzenie, jedno z wielu, których były świadkami lub całkowicie je przemilczają⁷⁴.

Na oziębłą i zdystansowaną postawę ginekologów, położnych, pielęgniarek i innych członków personelu medycznego i administracji szpitala może mieć wpływ wiele czynników. Wśród nich wymienia się: wysoką częstotliwość niepowodzeń prokreacyjnych, wprowadzających pracowników oddziałów patologii ciąży w rutynę; medykalistycznie ujmowaną specyfikę zawodu ginekologa i położnika, ukierunkowanego na stan fizjologiczny kobiety, a nie względy osobowe (choć z taką wizją zawodu można dyskutować); kontestacja statusu osobowego dziecka, zwłaszcza przez personel

⁶⁷ Por. K. Kolska, *Jak pani...*, s. 11.

⁶⁸ Por. tamże, s. 14.

⁶⁹ Por. tamże, s. 13.

⁷⁰ Por. tamże, s. 19.

⁷¹ Por. A. Petit, *I nagle Pan Bóg to dziecko wziął*, w: *Poronienie. Zrozumieć rodziców po stracie*, red. C. Klahs, Poznań 2010, s. 23–24.

⁷² Por. K. Kolska, *Jak pani...*, s. 18.

⁷³ Por. tamże, s. 17.

⁷⁴ Por. tamże, s. 19–21; M. Trąbińska-Haduch, H. Kulczycka, *Anioł...*, s. 182.

wykonujący lub asystujący przy dokonywaniu aborcji; brak przygotowania do kontaktu z rodzicami doświadczającymi śmierci dziecka prenatalnego; niezajomość faktycznych przyczyn poronienia i związany z tym lęk przed okazaniem swojej niewiedzy; poczucie bycia obwinianym przez pacjentkę lub przypisywanie sobie odpowiedzialności za śmierć dziecka; przeświadczenie o przyczynieniu się pacjentki do poronienia i związana z tym chęć uniknięcia bezpośredniej konfrontacji bądź też wprost napiętnowania jej postępowania; niezajomość przepisów prawa itp.⁷⁵ Nie wyklucza się również destrukcyjnych skutków PRL-owskiego, depersonalizującego nienarodzonych modelu kształcenia pracowników służby zdrowia⁷⁶ oraz wypalenia zawodowego lekarzy i położnych⁷⁷.

Bez względu na możliwe przyczyny niesprzyjających rodzicom zachowań personelu medycznego kultura ronięcia niedwuznacznie oddziałuje na ich stan psychiczny i poczucie bezpieczeństwa, w tym również na decyzję o pozostawieniu ciała dziecka w szpitalu lub odebranie go do rodzinnego pochówku. Postuluje się zatem zapewnienie umierającym dzieciom godnych warunków śmierci z możliwością towarzyszenia ich rodziców⁷⁸. Żywo urodzone, ale niezdolne do przeżycia poza organizmem matki, winny być ogrzane i złożone w inkubatorach, a nie umieszczane w zimnych metalowych naczyniach⁷⁹. Rodzicom pragnącym ochrzcić swoje dzieci należy ułatwić kontakt z kapłanem szpitala. Kapłani winni ze swej strony uwrażliwić personel medyczny na duchowe potrzeby pacjentów⁸⁰. Lekarz prowadzący ciężę lub dyżurujący na oddziale powinien podjąć rozmowę z obojgiem rodziców, nie tylko z kobietą⁸¹, rzetelnie odpowiadać na ich pytania, unikać medycznej terminologii, przedstawić przedmiot badań i zabiegów, którym zostanie poddana roniąca, zapoznać z kolejnymi etapami poronienia, wyjaśnić jego fizyczne i psychiczne skutki, omówić zastosowane środki farma-

⁷⁵ Por. D. Kornas-Biela, *Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu*, w: *Oblicza macierzyństwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 1999, s. 191–194.

⁷⁶ Por. K. Kolska, *Jak pani...*, s. 16.

⁷⁷ Por. I. Barton-Smoczyńska, *Adaptacja kobiet po śmierci dziecka poczętego*, w: *Poronienie. Zrozumieć rodziców po stracie*, red. C. Klahs, Poznań 2010, s. 117–118.

⁷⁸ Por. B. Chazan, *Lekarz...*, s. 141.

⁷⁹ Por. tamże.

⁸⁰ Por. tamże, s. 142.

⁸¹ Por. I. Barton-Smoczyńska, *Adaptacja...*, s. 119–120.

kologiczne, przekazać pełną dokumentację medyczną⁸². Nieodzwonne jest udzielenie emocjonalnego wsparcia roniącym podczas badania USG, mającego ostatecznie potwierdzić śmierć dziecka, zapewnienie po jego zakończeniu czasu na odreagowanie i przemyślenie całej sytuacji⁸³. Jeżeli rodzice proszą o powtórzenie badania USG, winno się uszanować ich wolę, by mogli nabrać klinicznej i moralnej pewności, że dziecko faktycznie nie żyje⁸⁴. Jeśli stan zdrowia kobiety na to pozwala i do poronienia doszło w pierwszym trymestrze ciąży, można pozostawić jej swobodny wybór sposobu zakończenia ciąży: przez interwencję chirurgiczną (łyżeczkowanie, aspiracja), postępowanie wyczekujące lub leczenie farmakologiczne⁸⁵. W badaniu ginekologicznym i zabiegu łyżeczkowania do momentu zaśnięcia pacjentki należy pozwolić, by mąż towarzyszył żonie⁸⁶. W przypadku gdy wiek ciąży wymaga indukcji porodu należy rodzicom przekazać kompletną informację o jego przebiegu, zagwarantować kobiecie znieczulenie zewnątrzoponowe, umożliwić mężowi towarzyszenie rodzącej⁸⁷. Personel powinien informować rodziców o możliwości zobaczenia zwłok lub szczątków dziecka, organizacji rodzinnego pochówku, uzyskania urlopu macierzyńskiego i zasiłku pogrzebowego, a w przypadku odmowy skorzystania z przysługujących im uprawnień, pozostawić czas do ewentualnej zmiany decyzji⁸⁸. Niezbędne jest przygotowanie odrębnego pomieszczenia, w którym rodzice będą mogli pożegnać się z dzieckiem, złożyć jego ciało do trumny, odmówić wspólnie modlitwę, oddać się medytacji, pozostać sam na sam ze zmarłym⁸⁹. Wydaje się oczywiste, że martwe dziecko należy odpowiednio przygotować przed okazaniem go rodzicom: umyć, owinąć w pieluszkę, ubrać (jeżeli to

⁸² Por. M. Bronka, K. Gościcka-Kmieć, M. Nagórko, J. Zaleska-Skup, *Ronić po ludzku – warunki ronienia w polskich szpitalach oraz postulaty ich zmian*, w: *Przebrane narodziny. Strata ciąży w aspekcie psychologicznym, socjologicznym, medycznym i etycznym*, red. E. Dmoch-Gajzlerska, I. Barton-Smoczyńska, Warszawa 2012, s. 86.

⁸³ Por. M. Keirse, B. Spitz, A. Vandermeulen, *Jak sobie radzić...*, s. 64–65.

⁸⁴ Por. tamże, s. 66.

⁸⁵ Por. G. Cozza, *Przerwane...*, s. 30–32.

⁸⁶ Por. M. Bronka, K. Gościcka-Kmieć, M. Nagórko, J. Zaleska-Skup, *Ronić...*, s. 88.

⁸⁷ Por. M. Keirse, B. Spitz, A. Vandermeulen, *Jak sobie radzić...*, s. 57.

⁸⁸ Por. G. Cozza, *Przerwane...*, s. 35; M. Bronka, K. Gościcka-Kmieć, M. Nagórko, J. Zaleska-Skup, *Ronić...*, s. 86; J. Furgał, *Etyczne i kulturowe aspekty pożegnania z dzieckiem*, w: *Przebrane narodziny. Strata ciąży w aspekcie psychologicznym, socjologicznym, medycznym i etycznym*, red. E. Dmoch-Gajzlerska, I. Barton-Smoczyńska, Warszawa 2012, s. 134–135.

⁸⁹ Por. B. Chazan, *Lekarz...*, s. 141.

możliwe), zakryć zniekształcenia⁹⁰. Nierzadko rodzice przygotowują dziecku specjalną wyprawkę, którą składają do trumny⁹¹. Personel może zasugerować wykonanie pamiątki z pożegnalnego spotkania: zdjęcia dziecka, odcisku stopy, pobrania kosmka włosów, które pozostaną materialnym śladem obecności zmarłego⁹². Istotną okazuje się także pomoc psychologa terapeuty, którego zatrudnienie na oddziałach patologii ciąży winno się poddać pod rozagę dyrektorów szpitali⁹³. Do fundamentalnych kwestii należy również nieumieszczanie roniącej w sali, a nawet na jednym oddziale, wraz z pacjentkami w ciąży⁹⁴ oraz troska o właściwą, szanującą uczucia, formę komunikacji z rodzicami⁹⁵. Wskazane wyżej postulaty w znacznej mierze składają się na tzw. dekalog, sformułowany na podstawie negatywnych doświadczeń pacjentek oddziałów ginekologiczno-położniczych w ramach projektu „Ronić po ludzku”, realizowanego na obszarze całej Polski przez Stowarzyszenie Rodziców po Poronieniu⁹⁶. Nie sposób nie wskazać na te chwalebne przykłady troski o szacunek dla ciał dzieci poronionych, kiedy to wyłącznie konsekwentna postawa personelu medycznego doprowadziła rodziców do decyzji o organizacji pogrzebu ich zmarłego dziecka i niepozostawieniu jego ciała w szpitalu.

Pomimo trudnych doświadczeń minionych dziesięcioleci poszczególne środowiska służby zdrowia we współpracy z osobami duchownymi, samorządowcami, pracownikami Urzędów Stanu Cywilnego, organizacjami pozarządowymi oraz samymi rodzicami podejmują od dwóch dekad coraz liczniejsze i bez wątpienia pionierskie w skali europejskiej inicjatywy na rzecz podniesienia poziomu kultury ronienia na oddziałach szpitalnych i organizacji pochówków dzieci zmarłych na skutek poronienia klinicznego i porodu przedwczesnego. Jedną z pierwszych tego typu placówek w Polsce był Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny w Warszawie, w okresie, gdy jednostką tą kierował prof. Bogdan Chazan. Wspólnym staraniem Marii Bienkiewicz, założyciela Fundacji „Nazaret”, prof. Bogdana Chazana, dyrektora Szpitala św. Rodziny w Warszawie, oraz ks. Józefa Maja, proboszcza

⁹⁰ Por. M. Bronka, K. Gościcka-Kmieć, M. Nagórko, J. Zaleska-Skup, *Ronić...*, s. 88.

⁹¹ J. Furgał, *Etyczne...*, s. 136.

⁹² Por. M. Bronka, K. Gościcka-Kmieć, M. Nagórko, J. Zaleska-Skup, *Ronić...*, s. 88.

⁹³ Por. B. Chazan, *Lekarz...*, s. 139.

⁹⁴ Por. M. Bronka, K. Gościcka-Kmieć, M. Nagórko, J. Zaleska-Skup, *Ronić...*, s. 89.

⁹⁵ Por. M. Trąbińska-Haduch, H. Kulczycka, *Anioł...*, s. 181–182.

⁹⁶ Por. Bronka M., Gościcka-Kmieć K., Nagórko M., Zaleska-Skup J., *Ronić...*, s. 83–89.

parafii św. Katarzyny na warszawskim Służewie, na cmentarzu tejże parafii 20 października 2005 roku odbył się pierwszy w Polsce pogrzeb dzieci utraconych. Pochówek ten wywołał falę protestów niektórych środowisk medycznych, na czele z ówczesnym Ministrem Zdrowia, Markiem Balickim z Socjaldemokracji Polskiej, na wniosek którego Prokuratura Okręgowa w Warszawie wszczęła przeciw dyrektorowi Szpitala św. Rodziny postępowanie sprawdzające, bowiem ciała pochowanych dzieci pochodziły z prosektorium placówki, którą kierował prof. Chazan. Dyrektorowi chciano postawić zarzuty „niedopełnienia obowiązków służbowych” lub „zbywania w celach zarobkowych cudzych komórek lub tkanek”, zagrożonych karą pozbawienia wolności do lat trzech. W komentarzu *Pogrzeb płodu po ludzku*, opublikowanym w „Gazecie Wyborczej” w dniu ceremonii (20.10.2005), Ewa Siedlecka określiła inicjatywę założyciela Fundacji „Nazaret” m a k a b r y c z n ą, sugerując, że niektóre ciała dzieci mogły zostać uzyskane przez organizatorów pochówku z naruszeniem ówczesnie obowiązujących przepisów. Sprzeciw wobec pierwszego pogrzebu dzieci utraconych nie zniechęcił pracowników warszawskiej placówki. Pod kierunkiem prof. Chazana w Szpitalu św. Rodziny opracowano pionierską procedurę postępowania personelu medycznego w stosunku do osieroconych rodziców i ciała dziecka utraconego w sytuacji martwego urodzenia lub zmarłego już po żywym urodzeniu. Wypracowaną procedurę upowszechniano przez liczne szkolenia lekarzy i położnych z innych ośrodków. Organizacja sytematycznych pogrzebów ciał zmarłych dzieci, pozostawianych przez rodziców w Szpitalu św. Rodziny, jest rezultatem stałej i owocnej współpracy personelu medycznego i kierownictwa placówki z pracownikami Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej i Urzędu Stanu Cywilnego w Warszawie-Mokotowie⁹⁷.

Powstanie i realizacja Koszalińskiej Inicjatywy Społecznej „Nasze na Zawsze” było również możliwe dzięki wspólnym wysiłkom wielu środowisk. Jej podstawy organizacyjne stanowił Komitet Budowy Pomnika Dzieci Utraconych w Koszalinie, zawiązany w 2011 roku, w skład którego weszli m.in. pracownicy kurii biskupiej diecezji koszalińsko-kołobrzeskiej, Urzędu Miejskiego, Urzędu Stanu Cywilnego, Szpitala Wojewódzkiego, Ośrodka Pomocy Społecznej, Przedsiębiorstwa Gospodarki Komunalnej oraz dziennikarze Radia Plus, koszalińskiej redakcji TVP Szczecin i miejscowego oddziału „Gościa Niedzielnego”. Zbiórkę pieniędzy na budowę pomnika

⁹⁷ Por. B. Chazan, *Nieudane...*, s. 207–214.

wsparli ponadto harcerze ZHR, młodzież szkolna, członkowie katolickich ruchów i stowarzyszeń. W ramach kampani społecznej „Nasze na Zawsze” komitet opracował procedurę organizacji zbiorowych i ekumenicznych pogrzebów dzieci utraconych, określając zasady współdziałania w tym zakresie Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie, Urzędu Stanu Cywilnego i Gminy Miasta Koszalin. Istotne dla przyjętych rozstrzygnięć było ogłoszenie *Zasad postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych w Szpitalu Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie* oraz podjęcie specjalnej uchwały Rady Miejskiej, ustanawiającej prawne i finansowe podstawy zbiorowych pogrzebów dzieci martwo urodzonych lub zmarłych po porodzie, w tym miejsca pochówku, przewozu zwłok, kremacji itp. Tylko w latach 2011–2012 pochowano łącznie ciała 1586 dzieci przechowywanych w koszalińskim szpitalu. Jednym z głównych celów inicjatywy „Nasze na Zawsze” jest formowanie świadomości społecznej, zwłaszcza kształtowanie pozytywnych postaw roniących rodziców przez dostarczanie niezbędnych informacji o przysługujących im uprawnieniach w formie folderów rozpowszechnianych w parafiach, miejscowym szpitalu i Urzędzie Stanu Cywilnego, by w sytuacji śmierci dziecka prenatalnego podejmowali wysiłek wyprawienia pogrzebu indywidualnie. Ważne w tym względzie są również lokalne obchody Dnia Dziecka Utraconego (15 października), w które włącza się koszaliński samorząd. Zaangażowanie w kampanię posłów z Pomorza Środkowego przyczyniło się do nowelizacji w 2011 roku Ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych, umożliwiającej pochówek dziecka martwo urodzonego niezależnie od wieku ciąży, bez konieczności rejestracji martwego urodzenia w Urzędzie Stanu Cywilnego, co otworzyło drogę do organizacji pogrzebów dzieci, których płci nie można ustalić na podstawie oglądzin zwłok na oddziale szpitalnym i których rodzice rezygnują z jej identyfikacji przez badanie genetyczne⁹⁸.

Pierwszą próbą wdrożenia i ujednolicenia dobrych praktyk postępowania z pacjentkami w sytuacji śmierci dziecka prenatalnego we wszystkich szpitalnych oddziałach położniczo-ginekologicznych na obszarze jednego województwa były opracowane na polecenie Jacka Kozłowskiego, wojewody mazowieckiego, wytyczne: *Niekorzystne zakończenie ciąży. Rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położni-*

⁹⁸ Por. K. Zadarko, *Koszalińska Inicjatywa Społeczna „Nasze na Zawsze”*, w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Kraków 2013, s. 199–204.

czo-ginekologicznych województwa mazowieckiego (2015). Pionierska inicjatywa wojewody mazowieckiego zaowocowała wprowadzeniem podobnych rozwiązań przez innych wojewodów (m.in. lubelskiego – 2017 r., kujawsko-pomorskiego – 2017 r., opolskiego – 2019). Ogłoszone przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia z dnia 9 listopada 2015 r. *Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad pacjentką w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych* zawierają analogiczne rekomendacje o zasięgu ogólnopolskim, wiążące wszystkie placówki służby zdrowia w Polsce⁹⁹. „Ogłaszane standardy i rekomendacje postępowania z roniącą pacjentką na oddziale szpitalnym należy ocenić pozytywnie, gdyż przelamują dotychczas obowiązujące społeczne tabu. Kryją one jednak błędne założenie: pożegnanie pacjentki z dzieckiem i możliwość pochowania jego ciała są akceptowane i prawnie gwarantowane nie ze względu na posiadaną przez niego za życia godność osobową i pietyzm wobec ludzkich zwłok, lecz dla zaspokojenia potrzeb psychicznych rodziców. Promulgowane przez prawodawcę regulacje prawne i rekomendacje winny spełniać swoją podstawową funkcję wychowawczą, ugruntowując w świadomości społecznej moralną powinność pochowania ciała zmarłego dziecka, a nie jedynie zapewniając roniącym realizację ich potrzeb psychicznych w dwojaki sposób: stwarzając prawne warunki wyprawienia pogrzebu tym roniącym, którzy wyrażają wolę pochowania zmarłego dziecka, równocześnie umożliwiając innym odstąpienie od spełnienia tej powinności przez pozostawienie ciała dziecka w szpitalu. W takim porządku prawnym, który przy obecnie dominującej mentalności społecznej wydaje się jednak nieunikniony, zostaje

⁹⁹ Minister Zdrowia podpisał 9 listopada 2015 roku rozporządzenie *W sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych*. Część VII tegoż rozporządzenia została poświęcona problematyce postępowania personelu medycznego w opiece nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, w tym zapewnienia jej wsparcia psychospołecznego, przekazania wyczerpujących informacji dotyczących rejestracji martwego urodzenia w Urzędzie Stanu Cywilnego, określenia płci płodu w badaniach genetycznych i wyprawienia pochówku zmarłego dziecka.

zagubiona właściwa dla cywilizacji łacińskiej cześć należna martwemu ciału ludzkiemu”¹⁰⁰.

Coraz liczniejsze działania na rzecz zapewnienia roniącym rodzicom odpowiednich warunków poronienia samoistnego w szpitalnych oddziałach położniczych oraz poszanowania zwłok dziecka prenatalnego przez wyprawienie godnego pogrzebu należy jednak zaliczyć do prekursorskich inicjatyw, mogących stanowić wzorzec przyjmowanych rozwiązań dla środowisk służby zdrowia, wspólnot kościelnych, władz szczebla samorządowego i centralnego w innych krajach. Polskie rozwiązania prawne, umożliwiające pogrzeb dziecka martwo urodzonego bez względu na wiek ciąży, w którym doszło do straty, wymagają nowelizacji polegającej na zapewnieniu świadczeń socjalnych także tym rodzicom, którzy z różnych powodów nie zdecydują się na identyfikację płci dziecka poronionego w tygodniu ciąży, w którym bez badań genetycznych nie można jej ustalić.

2.7. Pogrzeb dziecka a prawna dyskryminacja rodziców ze względu na wiek ciąży

Trudności związane z organizacją pogrzebu dziecka poronionego, z którymi rodzicom niejednokrotnie przychodzi się zmierzyć na oddziałach szpitalnych, mogą wynikać z obowiązującego w Polsce stanu regulacji prawnych, odnoszących się do pochówku dzieci martwo urodzonych. Nie sposób bowiem nie stwierdzić występowania swoistej dyskryminacji prawnej rodziców w zakresie przysługujących im uprawnień po śmierci dziecka prenatalnego ze względu na wiek ciąży, a dokładnie możliwość określenia płci zmarłego. Dwa możliwe obecnie warianty organizacji pogrzebu dziecka martwo urodzonego, wyodrębnione ze względu na znajomość płci dziecka bądź brak takiej identyfikacji, przedstawia tabela nr 1.

¹⁰⁰ P. Guzdek, *Rozpoznaj swoje dziecko we mnie... Rzecz o poronieniu samoistnym dziecka i jego pogrzebie*, Kraków 2017, s. 314.

Tabela 1. Instrukcja organizacji pogrzebu dziecka martwo urodzonego

Pogrzeb dziecka martwo urodzonego	
W dokumentacji koniecznej do wyprawienia pogrzebu i aktach stanu cywilnego poronienie samoistne traktowane jest jako martwe urodzenie	
Gdy płeć dziecka jest znana bądź ustalona w badaniu genetycznym (badanie nie jest refundowane)	Gdy płeć dziecka pozostaje nieznana i rodzice odstępują od jej ustalenia w badaniu genetycznym
<u>Osoby uprawnione do organizacji pogrzebu:</u> <ul style="list-style-type: none"> • najbliższa rodzina: krewni wstępni, krewni poboczni • każda osoba, która się do tego dobrowolnie zobowiąże 	<u>Osoby uprawnione do organizacji pogrzebu:</u> <ul style="list-style-type: none"> • najbliższa rodzina: krewni wstępni, krewni poboczni • każda osoba, która się do tego dobrowolnie zobowiąże
<u>Rejestracja martwego urodzenia w Urzędzie Stanu Cywilnego jest obligatoryjna</u>	<u>Rejestracja martwego urodzenia w Urzędzie Stanu Cywilnego nie jest wymagana</u>
<u>Uprawnienia socjalne rodziców:</u> <ul style="list-style-type: none"> • zasiłek macierzyński (56 dni) • urlop macierzyński • zasiłek pogrzebowy 	<u>Uprawnienia socjalne rodziców:</u> <ul style="list-style-type: none"> • rodzice nie otrzymują żadnej pomocy socjalnej • koszty pogrzebu rodzice ponoszą we własnym zakresie
<u>Wymagane dokumenty:</u> <ul style="list-style-type: none"> • karta zgonu • karta martwego urodzenia • akt urodzenia dziecka z adnotacją o martwym urodzeniu Kartę martwego urodzenia i kartę zgonu szpital sporządza z urzędu.	<u>Wymagane dokumenty:</u> <ul style="list-style-type: none"> • karta zgonu dla celów pochówku w części przeznaczony dla administracji cmentarza Rodzice są zobowiązani do złożenia wniosku o wydanie karty zgonu.
<u>Lekarze uprawnieni do wydania karty zgonu i karty martwego urodzenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> • lekarz oddziału szpitalnego • lekarz pogotowia ratunkowego • lekarz podstawowej opieki zdrowotnej • lekarz, który w ciągu ostatnich 30 dni udzielał ciężarnej świadczeń medycznych 	<u>Lekarze uprawnieni do wydania karty zgonu :</u> <ul style="list-style-type: none"> • lekarz oddziału szpitalnego • lekarz pogotowia ratunkowego • lekarz podstawowej opieki zdrowotnej • lekarz, który w ciągu ostatnich 30 dni udzielał ciężarnej świadczeń medycznych.

<p><u>Etapy organizacji pogrzebu:</u></p> <p>1. Szpital:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uzyskanie karty martwego urodzenia • uzyskanie karty zgonu w trzech częściach przeznaczonych do rejestracji zgonu, statystyki publicznej i dla administracji cmentarza • karta martwego urodzenia winna zostać przekazana do USC w terminie jednego dnia od dnia jej sporządzenia <p>2. Urząd Stanu Cywilnego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dokonanie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka w formie protokołu w terminie trzech dni od dnia sporządzenia karty martwego urodzenia • sporządzenie aktu urodzenia dziecka z adnotacją „dziecko martwo urodzone” na podstawie protokołu zgłoszenia i karty martwego urodzenia • uzyskanie potwierdzenia rejestracji martwego urodzenia na karcie zgonu w części przeznaczonej dla administracji cmentarza (nie jest wymagane) <p>3. Wybór firmy pogrzebowej.</p> <p>4. Odebranie ciała dziecka ze szpitalnego prosektorium przez firmę pogrzebową</p> <p>5. Administracja cmentarza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przedstawienie aktu urodzenia dziecka i karty zgonu – część przeznaczona dla administracji cmentarza • ustalenie daty pogrzebu i miejsca złożenia zwłok 	<p><u>Etapy organizacji pogrzebu:</u></p> <p>1. Szpital:</p> <ul style="list-style-type: none"> • złożenie wniosku o wydanie karty zgonu w części przeznaczonej dla administracji cmentarza • uzyskanie zwolnienia poszpitalnego dla roniącej matki • uzyskanie karty zgonu. <p>2. Wybór firmy pogrzebowej</p> <p>3. Odebranie ciała dziecka ze szpitalnego prosektorium przez firmę pogrzebową</p> <p>4. Kancelaria kościoła parafialnego lub rektoralnego cmentarza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przedstawienie karty zgonu dziecka • ustalenie daty i formy pogrzebu <p>5. Administracja cmentarza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przedstawienie karty zgonu dziecka • ustalenie daty pogrzebu i miejsca złożenia zwłok <p>6. Przygotowanie ciała dziecka do pogrzebu.</p> <p>7. Liturgia pogrzebowa</p>
---	---

<p>6. Kancelaria kościoła parafialnego lub rektoralnego cmentarza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przedstawienie aktu urodzenia dziecka • ustalenie daty i formy pogrzebu <p>7. Przygotowanie ciała dziecka do pogrzebu</p> <p>8. Liturgia pogrzebowa</p> <p>9. Złożenie wniosków w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych o wypłatę zasiłku pogrzebowego i macierzyńskiego</p> <p>10. Złożenie wniosku o udzielenie urlopu macierzyńskiego w zakładzie pracy matki.</p>	
<p><u>Liturgia pogrzebowa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • pierwsza w forma – trzy stacje: w domu, w kościele i przy grobie • druga forma – dwie stacje: w kaplicy cmentarnej lub w domu przedpogrzebowym oraz przy grobie • trzecia forma – jedna stacja: w kaplicy cmentarnej, domu przedpogrzebowym, domu rodzinnym lub w kościele • jeżeli przewiduje się stację w kaplicy lub kościele, to celebrować się mszę świętą pogrzebową dziecka zmarłego bez chrztu lub liturgię słowa wraz z obrzędem ostatniego pożegnania • mszę świętą pogrzebową można sprawować w innym czasie bez obecności ciała dziecka <p><u>Katolicki pogrzeb dziecka zmarłego bez chrztu nie jest znaną przed Soborem Watykańskim II praktyką pokropku, lecz liturgią pogrzebową.</u></p> <p>„Konferencja Episkopatu Polski zezwala na katolicki pogrzeb dzieci, które zmarły przed chrztem, jeżeli rodzice pragnęli je ochrzcić. Przy tych pogrzebach należy używać tekstów przewidzianych na pogrzeb dzieci nieochrzczonych. Aby w umysłach wiernych nie zacierala się nauka o konieczności chrztu, należy ją przypominać w katechizacji dzieci i młodzieży” (OP, nr 22e).</p>	

Źródło: P. Guzdek, *Rozpoznaj swoje dziecko we mnie... Rzecz o poronieniu samoistnym dziecka i jego pogrzebie*, Kraków 2017, s. 474–476.

Rozporządzenia Ministra Zdrowia Zbigniewa Religii z 2006 roku stworzyły prawną podstawę organizacji pogrzebu dziecka martwo urodzonego. W myśl ówczesnie wprowadzonych przepisów ciało dziecka prenatalnego uznano za zwłoki ludzkie oraz dopuszczono możliwość wystawienia karty zgonu dla dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży na wniosek osób uprawnionych¹⁰¹. Do ich grona ustawodawca zaliczył najbliższą rodzinę zmarłego oraz każdą osobę, która dobrowolnie zobowiąże się do pochowania zwłok¹⁰². Tym samym prawo wyprawienia pogrzebu dziecka martwo urodzonego posiadają również ludzie dobrej woli niezwiązani ze zmarłym więzami pokrewieństwa. Ustawodawca postanowił, że dla dziecka martwo urodzonego nie będzie sporządzany akt zgonu, lecz akt urodzenia dziecka z adnotacją o martwym urodzeniu¹⁰³. Do wystawienia przez Urząd Stanu Cywilnego tego aktu wymagane są: karta martwego urodzenia oraz karta zgonu, które winny być sporządzone przez uprawniony personel medyczny, względnie administrację szpitala¹⁰⁴. Zarówno akt urodzenia dziecka, jak i karta martwego urodzenia oraz karta zgonu (w części przeznaczonej do zarejestrowania zgonu) wymagają wskazania płci dziecka¹⁰⁵. Przy braku ustalenia płci Urząd Stanu Cywilnego nie może sporządzić aktu urodzenia dziecka z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe. Jeżeli rodzice nie zdecydują się na badania genetyczne, zmierzające do ostatecznego określenia płci zmarłego, zostają pozbawieni prawa ubiegania się o zasiłek pogrzebowy, zasiłek i skrócony urlop macierzyński w wymiarze 8 tygodni (56 dni), do których uprawnia ich akt urodzenia dziecka¹⁰⁶. Choć będą mogli pochować swoje dziecko na podstawie Ustawy z dnia 26 maja 2011 roku o zmianie ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych, która wprowadziła możliwość

¹⁰¹ Por. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie karty zgonu oraz sposobu jej wypełniania (Dz.U. z 2007 r., nr 1, poz. 9); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz.U. z 2007 r., nr 1, poz. 10). Termin „poronienie” funkcjonuje w obszarze praktyki klinicznej. Na gruncie prawa natomiast obowiązuje pojęcie „martego urodzenia” bez względu na wiek ciąży.

¹⁰² Por. art. 10. ust. 1 Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 1959 r., nr 11, poz. 62).

¹⁰³ Por. art. 52 ust. 2 Ustawy z dnia 28 listopada 2014 roku Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz.U. z 2014 r., poz. 1741).

¹⁰⁴ Por. tamże.

¹⁰⁵ Por. art. 60 ust. 3 Ustawy z dnia 28 listopada 2014 roku Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz.U. z 2014 r., poz. 1741).

¹⁰⁶ Por. K. Myślińska, *Sytuacja...*, s. 222–224.

sporządzenia karty zgonu dziecka dla celów jego pochówku w części przeznaczonej dla administracji cmentarza bez obowiązku uzyskania adnotacji Urzędu Stanu Cywilnego o zarejestrowaniu martwego urodzenia, to jednak będą zmuszeni ponieść wszystkie koszty pogrzebu we własnym zakresie, nie uzyskawszy wsparcia socjalnego przysługującego rodzicom dysponującym aktem urodzenia dziecka. Nie bez znaczenia jest również okoliczność wydłużenia oczekiwania na pogrzeb dziecka w przypadku zlecenia badań genetycznych.

Na decyzję o organizacji pogrzebu dziecka poronionego na wczesnych etapach ciąży może zatem wpłynąć sytuacja finansowa rodzin, zwłaszcza rodzin wielodzietnych czy rodzin niepełnych, dla których koszty badań genetycznych lub koszty pogrzebu na własny rachunek mogą okazać się zbyt wysokie i dalece przekraczające ich możliwości. Ustawodawca nie wyszedł naprzeciw potrzebom rodzin borykających się z tego typu problemami podczas prac nad nowelizacją ustawy o aktach stanu cywilnego w 2014 roku. Nie wprowadził rozwiązań, które umożliwiłyby otrzymanie przez rodziców aktu urodzenia dziecka bez konieczności określenia jego płci w przypadku martwego urodzenia w pierwszym trymestrze ciąży. Nie sposób nie zauważyć, iż różnorakie wady rozwojowe płodu mogą utrudnić ustalenie płci dziecka także w drugim i trzecim trymestrze ciąży. Ustawodawca nie podjął się również refundacji badań genetycznych mających ustalić płeć dziecka, pomimo iż uchwalił 23 czerwca 2015 roku rządowy program refundacji zapłodnienia pozaustrojowego. Niewątpliwie obecny stan prawny różnicuje uprawnienia rodziców ze względu na wiek ciąży i związaną z nim możliwość określenia płci dziecka oraz skutkuje dyskryminacją rodziców nieposiadających aktu jego urodzenia. Narusza zatem konstytucyjną zasadę równości obywateli wobec prawa i równego traktowania przez władze publiczne oraz zasadę zakazu dyskryminacji w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny¹⁰⁷.

Próbując częściowo znieść dostrzeżoną dyskryminację, Senat RP podjął uchwałę z dnia 11 stycznia 2017 roku w sprawie wniesienia do Sejmu projektu ustawy o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych¹⁰⁸. Celem tej inicjatywy ustawodawczej jest za-

¹⁰⁷ Por. art. 32 ust. 1 i 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 roku.

¹⁰⁸ Uchwała Senatu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 11 stycznia 2017 roku w sprawie wniesienia do Sejmu projektu ustawy o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

pewnienie zasiłku pogrzebowego rodzicom i innym podmiotom uprawnionym podejmującym się organizacji pogrzebu dziecka martwo urodzonego na wczesnym etapie ciąży, kiedy nie jest możliwe określenie jego płci, a dla którego sporządzono kartę zgonu bez adnotacji o rejestracji martwego urodzenia w Urzędzie Stanu Cywilnego. Dotychczas bowiem tylko akt urodzenia dziecka gwarantował rodzicom wypłatę zasiłku pogrzebowego. Według proponowanej nowelizacji podstawą jego uzyskania ma być karta zgonu, o której wydanie rodzice lub inne uprawnione podmioty muszą wnioskować w szpitalu. Ta inicjatywa ustawodawcza zrodziła się na kanwie licznych skarg rodziców kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich, który podjął w tym zakresie interwencje u Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz Przewodniczącego Senackiej Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji¹⁰⁹. Projekt ustawy nie został dotychczas przegłosowany przez Sejm RP, dlatego przewidziane w nim regulacje nie weszły w życie. Niewątpliwie ich promulgacja w znacznym zakresie poprawiłaby sytuację socjalną rodziców martwo urodzonych dzieci o nieustalanej płci, niemniej jednak matki nadal pozbawiono by możliwości otrzymania zasiłku i skróconego urlopu macierzyńskiego.

2.8. Pogrzeb dziecka a postawa duszpasterza

W traumie poronienia zdezorientowani rodzice szukają u duszpasterza pomocy i rady, jaką postawę powinni przyjąć odnośnie do zwłok zmarłego dziecka i kwestii jego pogrzebu. Nie są przygotowani do tego typu sytuacji przez katechezę szkolną, katechezę przed bierzmowaniem czy katechezę przedślubną. Brakuje im wiedzy, moralnej pewności i właściwego rozeznania. Praktyka życia parafii nie dostarcza im pocieszających przykładów liturgicznego pogrzebu dziecka zmarłego w niepowodzeniu położniczym. Nieobecność tematu zbawienia dzieci nieochrzczonych na katechezie, zasłyszane historie rodzinne o tzw. pokropku, grzebaniu ciał dzieci w niepoświęconej ziemi, wkładaniu zmarłych niemowląt do trumien dorosłych, powszechna w PRL-u odmowa wydawania rodzicom przez administrację szpitali ciał nienarodzonych i związana z tym mentalność starszego pokolenia, potęgują niepewność i zamieszanie roniących. Wsparcie duszpaster-

¹⁰⁹ Pismo VII.534.18.2015.MO Rzecznika Praw Obywatelskich, Adama Bodnara, z dnia 1 czerwca 2016 roku do Michała Seweryńskiego, Przewodniczącego Senackiej Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji.

skie proboszcza, znajomego kapłana, a nade wszystko kapelana szpitalnego, gdyż najczęściej to on pozostaje na pierwszej linii kontaktów z rodzicami przeżywanymi poronienie, okazuje się nieodzowne i w wielu przypadkach kluczowe dla podejmowanych przez nich decyzji. Wymaga to odpowiedniego przygotowania duchownych: rzetelnej wiedzy teologicznej, prawnokanonicznej, liturgicznej i psychologicznej. Znane są bowiem przypadki, kiedy kapłan doradzał w swej ignorancji i niekompetencji pozostawienie ciała poronionego dziecka w szpitalu i zaniechanie organizacji jakiegokolwiek pogrzebu. Wielu rodziców poszło za tym głosem i odstąpiło od wypełnienia moralnego obowiązku oddania dziecku ostatniej posługi, zdając się na autorytet kapłana.

Niezależnie od niewłaściwych zachowań niektórych duchownych, kulturę chrześcijańską wyróżnia postawa pietyzmu wobec zwłok i szczątek dziecka zmarłego w prenatalnym okresie rozwojowym. Ciało nie tylko jest znakiem osoby. Osoba ludzka jest w nim w pełni zapodmiotowiona. Bytowość osoby jako podmiotu ucieleśnionego realizuje się w ciele i poprzez ciało. Bez cielesności osoba ludzka nie zaistniałaby i nie mogłaby realizować ludzkiej natury ani wyrażać własnej osobowości. Status ontyczny ludzkich zwłok jest pochodny od statusu żywego ciała. Szacunek przysługujący ciału żywej osoby znajduje swoje przedłużenie w postawie pietyzmu wobec zwłok osoby zmarłej. Zwłoki będąc jako żywe ciałem osoby, były nosicielem jej godności, niepowtarzalnej tożsamości i duchowo-psychicznego uposażenia. Ciało nie stanowi jedynie strony pasywnej podmiotu osobowego, ale w pełni aktywny element konstytutywny strukturalnie warunkujący spełnianie się tematyczne osoby. Okoliczności śmierci i wiek osoby zmarłej nie powodują jakiegokolwiek różnicy ani w statusie ontycznym ludzkich zwłok, ani w powinności moralnej zachowania wobec nich postawy pietyzmu. Bez względu zatem na stopień rozwoju czy zakres ewentualnych deformacji, zwłoki i szczątki dziecka w stadium embrionalnym i płodowym podlegają tym samym normom etycznym i kulturowym, co zwłoki osoby zmarłej już po narodzeniu. Ciało jako integralny element struktury ontycznej osoby tak dalece konstytuuje jej tożsamość, że pochówek zwłok jest identyfikowany z pogrzebem samej osoby. Podobnie wydalenie zwłok poronionego dziecka z łona matki jest tożsame z jego martwym urodzeniem i to nie tylko w sensie etycznym, ale również prawnym. To nie tylko zwłoki są zatem usuwane, ale dziecko jest rodzone lub rodzi się jako martwe. Okazanie zwłok

rodzinie przed ostatecznym zamknięciem trumny jest spotkaniem pożegnany z osobą zmarłą, a nie tylko ich identyfikacją. Owej identyfikacji dokonuje się przez odniesienie do martwego ciała tożsamości posiadanej za życia przez zmarłą osobę. Niewątpliwie zwłoki nie są osobą ludzką i wraz ze śmiercią człowieka następuje radykalna zmiana ich statusu ontycznego jako koniecznego czynnika współkonstytuującego podmiot osobowy. Zmiana ta polega na zerwaniu bezpośredniego związku obumierającego ciała z osobą. W jej wyniku następuje ontyczna dezintegracja osoby dotychczas bytującej w swej jednościowej strukturze duchowo-psychiczno-fizycznej. Równocześnie pomiędzy zwłokami i ciałem żywej osoby zostaje zachowana jedność substancjalna w zakresie materii, choć już nie formy organizującej żywą materię w ludzkie ciało. Godność osobowa człowieka w prenatalnym wieku rozwojowym implikuje w tej samej mierze, co równorzędna jej godność osoby narodzonej, powinność zachowania respektu wobec zwłok i szczątek dziecka martwo urodzonego w sposobie odnoszenia się względem nich, ich przechowywania i sprawienia formy pochówku adekwatnej do godności, którą wyrażały będąc jako żywe ciałem osoby¹¹⁰.

Magisterium Kościoła przyjęło stanowisko jednoznacznie domagające się szacunku dla zwłok dzieci poronionych i abortowanych, nie czyniąc różnicy w moralnej powinności godnego pochówku pomiędzy zwłokami dziecka martwo urodzonego i dorosłej osoby, wyraźnie wskazując na potrzebę organizacji pogrzebów osób nienarodzonych. Kongregacja Nauki Wiary w Instrukcji *Donum Vitae* z 1987 roku kategorycznie stwierdza: „Zwłoki embrionów lub płodów ludzkich, pochodzące z dobrowolnych przerwania ciąży czy też nie, powinny być uszanowane tak jak zwłoki innych istot ludzkich”¹¹¹. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia w opublikowanej *Karcie Pracowników Służby Zdrowia* z 1995 roku pozostaje wierna temu nauczaniu: „Płodowi już martwemu należy się szacunek należny każdemu zmarłemu człowiekowi. Wynika z tego, że nie wolno go niszczyć, jakby był jakimś odpadem. W granicach możliwości należy się mu należny pochówek”¹¹². Wskazania moralne Magisterium znalazły swoje przełożenie w prawodawstwie i dyscyplinie liturgicznej Kościoła Powszechnego. Papież

¹¹⁰ Por. P. Morciniec, *Ludzkie zwłoki jak obiekt badawczy: dowolność działań czy normowanie?*, „Diametros” (2009), nr 19, s. 79–81.

¹¹¹ Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum Vitae* z 1987 r., cz. I, nr 4.

¹¹² Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia* z 1995 r., nr 146.

Paweł VI umieścił w Mszałe Rzymskim z 1970 roku formularz Mszy świętej pogrzebowej dziecka nieochrzczonego. W Kodeksie Prawa Kanonicznego, promulgowanym w 1983 roku przez Jana Pawła II, w kan. 1183 § 2 *przekazano biskupowi diecezjalnemu kompetencję rozstrzygnięcia kwestii organizacji liturgicznego pogrzebu dziecka zmarłego bez chrztu*: „Ordynariusz miejsca może zezwolić na pogrzeb kościelny dzieci, których rodzice mieli zamiar je ochrzcić, a jednak zmarły przed chrztem”. Stworzyło to możliwość szczegółowej regulacji na poziomie Kościołów partykularnych. Biskupi polscy wyrazili aprobatę dla *sprawowania liturgii pogrzebowej dzieci nieochrzczonych*: „Konferencja Episkopatu Polski zezwała na katolicki pogrzeb dzieci, które zmarły przed chrztem, jeżeli rodzice pragnęli je ochrzcić. Przy tych pogrzebach należy używać tekstów przewidzianych na pogrzeb dzieci nieochrzczonych. Aby w umysłach wiernych nie zacierała się nauka o konieczności chrztu, należy ją przypominać w katechizacji dzieci i młodzieży”¹¹³. Episkopat Polski uzyskał zatwierdzenie przez Kongregację dla Sakramentów i Kultu Bożego obrzędów pogrzebu dziecka nieochrzczonego dostosowanych do zwyczajów diecezji polskich¹¹⁴. W ślad za Konferencją poszli niektórzy biskupi diecezjalni, wydając szczegółowe zarządzenia dla własnych diecezji. Uczynił to, przykładowo, bp Wiesław Mering w *Instrukcji w sprawie pogrzebu dla diecezji wrocławskiej*: „Z wielką delikatnością należy postępować z osobami, które utraciły dziecko jeszcze przed jego narodzeniem. Kościół naucza o szacunku dla każdego ludzkiego życia od momentu jego poczęcia oraz o godności nienarodzonego równej każdej innej osobie ludzkiej. Dlatego w przypadku śmierci dziecka, które zmarło przed chrztem, a które rodzice zamierzali ochrzcić (kan. 1183 § 2), prośbę o pochowanie nienarodzonego dziecka należy traktować z należną powagą, tak jak w przypadku osoby, która już się urodziła. Na prośbę rodziców należy odprawić Mszę św. i stację przy grobie, zgodnie z *Obrzędem pogrzebu dziecka nieochrzczonego* i przy użyciu formularza Mszy świętej na pogrzeb dziecka nieochrzczonego. Wskazane jest w takiej sytuacji nieprzyjmowanie ofiar od rodziców dziecka”¹¹⁵. Episkopat Polski nie tylko zapewnił rodzicom warunki do wyprawienia religijnego pogrzebu poronionym dzieciom, ale upomniał się również

¹¹³ Konferencja Episkopatu Polski, *Obrzędy pogrzebu dostosowane do zwyczajów diecezji polskich. Wprowadzenie teologiczne i pastoralne*, nr 22e, Katowice 2013.

¹¹⁴ Konferencja Episkopatu Polski, *Obrzędy pogrzebu dostosowane do zwyczajów diecezji polskich*, VII–IX, Katowice 2013.

¹¹⁵ W. Mering, *Instrukcja w sprawie pogrzebu*, Wrocław 2011, nr 3.3.

o poszanowanie tego niezbywalnego prawa w przestrzeni publicznej, zwracając się w tej sprawie bezpośrednio w liście pasterskim *Otoczmy troską życie człowieka* na Niedzielę Świętej Rodziny w 2008 roku do środowisk służby zdrowia: „Wyczekujący narodzin dziecka często doświadczają dramatu poronienia samoistnego. Każdego roku dotyka on w Polsce około 40 tysięcy rodzin. Zważywszy, że powodowany nim ból dotyka również rodziców i teściów, każdego roku cierpi w Polsce z tego powodu około 250 tysięcy osób. Usilnie prosimy w ich imieniu lekarzy i administrację szpitali, aby zechcieli uszanować ich ludzkie i rodzicielskie uczucia. Tym bardziej, że poronienie samoistne często dotyka młode małżeństwa, które leczyły się, modliły i z niepokojem oczekiwały szczęśliwej chwili porodu. W takich wypadkach stajemy więc nie wobec «jednostki chorobowej», ale wobec rodziców, dziadków, a często też wobec młodszego rodzeństwa, którzy boleśnie przeżywają śmierć oczekiwanego i już kochanego przez nich dziecka, które ma prawo do szacunku i godnego traktowania. Natomiast ich niezbywalnym prawem jest pożegnać, opłakiwać i pochować to dziecko. To są światowe standardy. Dziecko należy do rodziny! Rodzina ma prawo do pomocy duszpasterzy w zorganizowaniu godnego pochówku, a także życzliwego przyjęcia jej prośby o wydanie ciała dziecka przez odpowiednie władze szpitalne. Apelujemy o ludzką wyobraźnię¹¹⁶. Rzeczą najwyższej wagi jest zapoznanie przez duszpasterza zwracających się do niego rodziców dzieci poronionych z przyjętymi w Kościele katolickim, a zwłaszcza w polskim Kościele, stanowiskiem doktrynalnym oraz regulacjami prawnokanonicznymi i liturgicznymi, bezpośrednio odnoszącymi się do pogrzebów dzieci nieochrzczonych. Rzetelna informacja i pełna otwartości postawa kapłana w znaczący sposób mogą przyczynić się do podjęcia przez rodziców właściwej decyzji o pochowaniu zwłok dziecka. Duszpasterz winien gorąco namawiać osieroconych do realizacji tej podstawowej chrześcijańskiej powinności, ukazując ją nie tyle w kategoriach przysługującego im prawa, co nade wszystko moralnego zobowiązania. Toteż kapłan, nie szczędząc czasu, powinien z cierpliwością i łagodnością wyjaśnić rodzicom, uczestnikom pogrzebu i wspólnocie parafialnej, tak w zwyczajnym nauczaniu, jak również podczas spotkania z rodziną w kancelarii parafialnej i w trakcie samego pochówku cele liturgii pogrzebowej:

¹¹⁶ Konferencja Episkopatu Polski, List pasterski *Otoczmy troską życie człowieka* na Niedzielę Świętej Rodziny, Jasna Góra 2008.

- zawierzenie zmarłego dziecka Bożemu Miłosierdziu,
- wyrażenie nadziei na udział dziecka zmarłego bez chrztu w owocach misterium paschalnego Jezusa Chrystusa na drodze pozasakramentalnej,
- wyrażanie aktu wiary w zmartwychwstanie ciała dziecka,
- wyrażenie wdzięczności Bogu za dar życia zmarłego dziecka,
- ukazanie godności osobowej człowieka w prenatalnym wieku rozwojowym,
- wsparcie modlitewne osieroconej rodziny.

Liturgiczne pożegnanie dziecka zmarłego bez chrztu jest zalecane także wówczas, gdy pochówek jego ciała okazuje się niemożliwy z obiektywnych względów medycznych. Msza święta na pogrzeb dziecka nieochrzczonego może bowiem być sprawowana bez obecności ciała dziecka. Duszpasterze są zobowiązani do informowania rodziców o możliwości takiej celebracji.

Niektórzy członkowie wspólnoty kościelnej, również kapłani, nie dostrzegają potrzeby sprawowania Mszy świętej podczas pogrzebu dziecka zmarłego bez chrztu lub ograniczają jej intencję wyłącznie do modlitwy o pocieszenie w bólu osieroconej rodziny, skądinąd istotnej. Nie są to poprawne postawy. Eucharystia celebrowana w ramach pogrzebu dziecka nieochrzczonego jest Mszą świętą pogrzebową zmarłego dziecka, a nie jego rodziców, i to w pierwszej kolejności ono powinno być otoczone modlitwą. Nie sprawuje się Mszy świętej w intencji zgładzenia winy za indywidualne grzechy zmarłego, bowiem dziecko nie zaciągnęło winy osobistej ani za grzechy czynkowe, ani za zaniedbanie dobra. Z uwagi jednak na nauczanie Kościoła o dziedziczeniu grzechu pierworodnego wraz z przekazaniem przez rodziców w akcie poczęcia natury ludzkiej każdej osobie, teologicznie uzasadniona jest celebracja podczas pogrzebu dziecka nieochrzczonego Eucharystii jako sakramentalnego uobecnienia misterium męki, śmierci i zmartwychwstania Jezusa Chrystusa w intencji zawierzenia zmarłego Bożemu Miłosierdziu i udzielenia mu przez samego Boga owoców dzieła odkupienia na drodze pozasakramentalnej. Jest to pierwszorzędna intencja Mszy świętej. „Skoro bowiem za wszystkich umarł Chrystus i skoro ostateczne powołanie człowieka jest rzeczywiście jedno, mianowicie boskie, to musimy uznać, że Duch Święty wszystkim ofiarowuje możliwość dojścia w sposób Bogu wiadomy do uczestnictwa w tej paschalnej tajemnicy”¹¹⁷,

¹¹⁷ Sobór Watykański II, *Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym* „*Gaudium et spes*”, nr 22.

także nienarodzonym dzieciom, które z przyczyn od nich niezależnych nie mogły uczestniczyć w ekonomii sakramentalnej jako ochrzczeni chrześcijanie. Bez względu na okoliczności śmierci i osobę zmarłego Kościołowi zawsze przysługuje przywilej, a zarazem obowiązek modlitwy wstawienniczej za zmarłych. „Albowiem On, Syn Boży, przez wcielenie swoje zjednoczył się jakoś z każdym człowiekiem”¹¹⁸, również tym nienarodzonym. Zawierzenie zmarłego dziecka Bożemu Miłosierdziu osiąga liturgiczną pełnię i szczyt w celebracji Mszy świętej pogrzebowej jako najwyższym akcie liturgicznym Kościoła. Nie należy pozbawiać zmarłych dzieci eucharystycznej modlitwy wstawienniczej i zarazem dziękczynnej, do jakiej Kościół jest uprawniony. Wspólnota wierzących pragnie za zmarłe bez chrztu dzieci, poczęte z chrześcijańskich rodziców, ofiarować Bogu Ojcu „całe dobro duchowe Kościoła”, czyli samego Chrystusa w Najświętszej Ofierze Mszy świętej¹¹⁹, dziękując za ich bezcenny dar życia i powierzając ojcowskiej Opatrzności ich wieczne zbawienie. Nadzieja zbawienia dzieci zmarłych bez chrztu najlepiej wyrażona w celebracji Mszy świętej pogrzebowej stanowi pewne źródło покоju i umocnienia dla samych rodziców w doświadczeniu krzyża żałoby. W Eucharystii osierocona rodzina, budowana na fundamencie sakramentu małżeństwa, winna złączyć swój krzyż z krzyżem Chrystusa i na nowo odnowić swoją komunie, by przezwyciężyć zagrożenie naruszenia jej jedności w dramatycznym doświadczeniu śmierci dziecka. „W darze eucharystycznym miłości rodzina chrześcijańska znajduje podstawę i ducha ożywiającego jej komunie”¹²⁰. Z tego względu duszpasterz winien zachęcać rodziców do wyboru formy liturgii pogrzebowej przewidującej celebrację Eucharystii. Skoro „zwyczajnie małżeństwo należy zawierać podczas Mszy świętej”¹²¹, to eklezjalne pożegnanie jego najpiękniejszego owocu, zmarłego dziecka, i poszukiwanie przez osieroconych małżonków źródła umocnienia w najtrudniejszym z możliwych dla rodziców doświadczeniu krzyża również zwyczajowo winno zostać związane z Eucharystią.

¹¹⁸ Tamże.

¹¹⁹ Sobór Watykański II, Dekret o posłudze i życiu kapłanów *Presbyterorum ordinis*, nr 5.

¹²⁰ Jan Paweł II, Adhortacja apostolska *Familiaris consortio*, nr 57.

¹²¹ Sobór Watykański II, Konstytucja *Sacrosanctum concilium*, nr 78.



Fot. 1. Liturgia pogrzebu dziecka nieochrzczonego (Wojtuś Petryk, † 10 tyg. ciąży). Autor: P. Guzdek

Jeżeli rodzice zdecydują się na liturgiczny pogrzeb dziecka, rolę kapłana będzie właściwie przygotować osieroconych do tego wydarzenia. Podkreśla się możliwość zaangażowania członków rodziny zmarłego w liturgię. Rodzicom należy pozostawić swobodę wyboru jednej z trzech przewidzianych przez Rytuał form pogrzebu¹²². Kapłan winien starannie omówić po-

¹²² Rytuał przewiduje możliwość swobodnego wyboru trzech form pogrzebu dziecka nieochrzczonego. **Pierwsza forma pogrzebu** obejmuje trzy stacje pogrzebowe. Pierwsza stacja przewidziana jest w domu zmarłego dziecka (*Obrzędy pogrzebu*, VII, nr 138–145). Stacja druga ma miejsce w kościele, gdzie kapłan odprawia Mszę świętą pogrzebową w intencji zawierzenia zmarłego dziecka Bożemu Miłosierdziu i pocieszenia osieroconych rodziców (*Obrzędy pogrzebu*, VII, nr 148–157). Nie celebruje się Mszy świętej w intencji zgładzenia grzechów zmarłego, gdyż nienarodzone dziecko nie doszło jeszcze do używania rozumu i nie zaciągnęło żadnej winy osobistej. W kościele można sprawować również Liturię Słowa bez Ofiary Eucharystycznej (*Obrzędy pogrzebu*, VII, nr 158). Stacja druga kończy się ostatnim pożegnaniem (*Obrzędy pogrzebu*, X, nr 251–254). Stacja trzecia zostaje poprzedzona procesją na cmentarz i obejmuje modlitwy przy grobie (*Obrzędy pogrzebu*, VII, nr 165–168,

szczególne elementy liturgii, treści modlitw i gesty¹²³, a także zachęcić do wyboru czytań liturgicznych z puli przewidzianych na tę okoliczność oraz do przygotowania autorskiej modlitwy powszechnej¹²⁴. Niezwykle istotne jest również kierownictwo duchowe i spowiedź sakramentalna, w trakcie których duchowny powinien usunąć ewentualne poczucie winy rodziców, bezpodstawnie biorących na siebie odpowiedzialność za śmierć dziecka, dodać odwagi, zaszczerpić nadzieję, rozładować rodzącą się przeciw Bogu agresję, odrzucić wizję poronienia jako kary za osobiste lub rodzinne grzechy¹²⁵. Duszpasterz winien podjąć kontakt z obojgiem rodziców, nie tylko z matką¹²⁶. Jest to szczególnie ważne dla zachowania jedności małżeńskiej, bowiem zmarły był wspólnym dzieckiem obojga małżonków. Jego śmierć jest bolesna dla każdego z nich.

Kontakt duszpasterza z rodzicami powinien zostać podtrzymany także po pogrzebie przez rozmowę telefoniczną, bezpośrednie spotkanie, duchowe towarzyszenie¹²⁷. W przepracowywaniu żałoby kapłan może zaprosić rodziców do podjęcia duchowej adopcji dziecka poczętego, którego życie jest zagrożone, oraz zachęcić do pielęgnowania duchowej więzi z ich zmarłym dzieckiem¹²⁸. Ważny jest czas poświęcony osieroconym, nieunikanie trudnej rozmowy, nieograniczanie spowiedzi wyłącznie do wyznania grze-

172–177). **Dru ga forma pogrzebu** dzieci nieochrzczonych przewiduje dwie stacje pogrzebowe bez celebracji Mszy świętej, którą można odprawić w innym czasie bez obecności ciała dziecka (*Obrzędy pogrzebu*, VIII, nr 179). Pierwsza stacja ma miejsce w kaplicy cmentarnej lub domu przedpogrzebowym. Składają na nią obrzędy wstępne i Liturgia Słowa (*Obrzędy pogrzebu*, VIII, nr 180–188) oraz ostatnie pożegnania dziecka (*Obrzędy pogrzebu*, X, nr 251–254). Drugą stacją poprzedza procesja na cmentarz, a jej punkt kulminacyjny stanowią modlitwy przy grobie (*Obrzędy pogrzebu*, VII, nr 165–168, 172–177). **Trzecia forma pogrzebu** ogranicza się do jednej stacji (*Obrzędy pogrzebu*, IX, nr 196–216). W jej ramach obrzędy mogą odbywać się w jednym z następujących miejsc: w kościele, w domu zmarłego dziecka, w kaplicy cmentarnej, w domu przedpogrzebowym lub nad grobem (*Obrzędy pogrzebu*, IX, nr 194). Jeżeli stację sprawuje się w kościele, należy ją łączyć z celebracją Mszy świętej lub Liturgii Słowa wraz z ostanim pożegnaniem dziecka (*Obrzędy pogrzebu*, IX, nr 195).

¹²³ Por. B. Mierzwiński, *Duszpasterstwo rodzin w kontekście śmierci dziecka nienarodzonego*, w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, Kraków 2013, s. 125.

¹²⁴ Por. tamże.

¹²⁵ Por. M. Mogielski, *Skarb w niebie*, w: *Poronienie. Zrozumieć rodziców po stracie*, red. C. Klahs, Poznań 2010, s. 94.

¹²⁶ Por. B. Mierzwiński, *Duszpasterstwo...*, s. 124.

¹²⁷ Por. A. Petit, *I nagle...*, s. 26.

¹²⁸ Por. B. Mierzwiński, *Duszpasterstwo...*, s. 119, 125.

chów, stworzenie przestrzeni dialogu o cierpieniu i doświadczanych trudnościach, nieutożsamianie poronienia klinicznego z aborcją(!)¹²⁹. Nierzadko konieczna okazuje się pomoc w przewyciężeniu napięć, które zrodziły się pomiędzy małżonkami na skutek odmiennego sposobu przeżywania żałoby oraz tłumienia przez jednego z nich emocji i unikania otwartego okazywania uczuć, co najczęściej dotyczy mężczyzn¹³⁰. Wyzwaniem dla kapłana jest także troska o to, by rodzice nie zamknęli się na dar życia i nie popadli w grzech antykoncepcji z obawy przed kolejnymi niepowodzeniami prokreacyjnymi¹³¹. Duszpasterz powinien również informować rodziców z własnej wspólnoty parafialnej o organizowanych rekolekcjach i pielgrzymkach adresowanych do rodzin dzieci utraconych¹³². Ostatecznie do niego należy posługa nauczania o zbawieniu dzieci niechrzczonych¹³³.

¹²⁹ Por. M. Mogielski, *Skarb...*, s. 94.

¹³⁰ Por. tamże, s. 98–100.

¹³¹ Por. tamże, s. 100–102.

¹³² Dwie diecezje w Polsce, gliwicka i gdańska, posiadają specjalnych duszpasterzy rodzin dzieci utraconych ustanowionych przez ordynariuszy. W diecezji opolskiej i archidiecezji lubelskiej organizowane są doroczne pielgrzymki rodzin z doświadczeniem straty dziecka do lokalnych sanktuariów. Autor tej pracy był inicjatorem i głównym organizatorem I Ogólnopolskiej Pielgrzymki Rodzin Dziecka Utraconego do Sanktuarium Bożego Miłosierdzia w Krakowie-Łagiewnikach, która odbyła się pod patronatem metropolity krakowskiego 9 czerwca 2018 roku, a także rekolekcji dla rodziców w żałobie po śmierci dziecka *Tobie, Panie, zaufałem* o zasięgu ogólnopolskim, które stanowiły przygotowanie do owej pielgrzymki (Kraków, 1–3 maja 2018 r.). Jest także współautorem Modlitewnika Rodzin Dzieci Utraconych *Usta Twoich dzieci głoszą Tobie chwałę*, wydane na tę pielgrzymkę nakładem Wydawnictwa św. Stanisława (Kraków 2018), w której zamieścił specjalnie ułożoną na tę okazję Litanię do Maryi Matki Rodzin Dzieci Utraconych.

¹³³ Zob. Międzynarodowa Komisja Teologiczna, *Nadzieja zbawienia dla dzieci, które umierają bez chrztu*, 2007; M. Ficoń, *Egzystencjalne konsekwencje przemian w teologicznym rozumieniu losu dzieci zmarłych bez chrztu świętego*, w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Kraków 2013, s. 39–58; M. Ficoń, *Los dzieci zmarłych bez chrztu – nieznana historia i współczesne pytania*, „Polonia Sacra”, 17 (2013), nr 1 (32), s. 111–133; M. Ficoń, *Od piekła do nadziei zbawienia: rozwój kwestii zbawienia dzieci zmarłych bez chrztu świętego w teologii katolickiej i jej egzystencjalna doniosłość*, Kraków 2012; M. Machinek, *Miejsce pośrednie? O wiecznym losie dzieci zmarłych bez chrztu*, w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Kraków 2013, s. 59–72; A. Muszala, *Zmartwychwstanie embryonów ludzkich według ojców Kościoła*, w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Kraków 2013, s. 73–95; H. Sławiński, *Homilia podczas pogrzebu dzieci zmarłych bez chrztu*, w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Kraków 2013, s. 127–152; W. Węgrzyniak, *Starotestamentowe życie nienarodzonych*, „Polonia Sacra”, 17 (2013), nr 1 (32), s. 17–34; A. Muszala, *Początki stadia życia ludzkiego według św. Pawła*, „Polonia Sacra”, 17 (2013), nr 1 (32), s. 35–49.

2.9. Pogrzeb dziecka a ignorancja religijna otoczenia

Sprzeciw otoczenia wobec pochówków nienarodzonych niejednokrotnie wynika z religijnej ignorancji i potocznego, dalece odbiegającego od oficjalnego stanowiska Kościoła katolickiego, rozumienia kwestii zbawienia dzieci nieochrzczonych. „Prawowierni” katolicy, błędnie przekonani o rzekomo stwierdzonej przez Kościół z całkowitą pewnością absolutnej niemożności osiągnięcia przez pozbawione chrztu nienarodzone dzieci pełni zjednoczenia z Bogiem w wieczności (tzw. wizji uszczęśliwiającej) i żywo zatroskani o „poprawność teologiczną” odniesień lokalnej wspólnoty kościelnej do dzieci nieochrzczonych, po ich liturgicznym pogrzebie, mniej lub bardziej oficjalnym, a nierzadko jeszcze przed liturgią, nękają rodziców i duszpasterzy, składając wizyty w kancelariach parafialnych z zapytaniem, czy rzekomo nadgorliwi i fanatyczni rodzice nie dopuścili się owym pochówkiem profanacji poświęconej ziemi na katolickim cmentarzu. Piętnują przy tym postawę samego duszpasterza, który zdecydował się sprawować liturgię pogrzebu dziecka nieochrzczonego, rozpatrując ją w kategoriach nadużycia. Tego typu działania często podejmowane są przez osoby, które same w przeszłości nie pochowały własnego dziecka lub dopuściły się na nim przemocy prenatalnej.

3. Problematyka pogrzebu poronionego dziecka w relacjach rodziców ze zmarłym

Społeczna koncepcja ról rodzicielskich, ściśle związana z propagowanym modelem ról kobiecych i męskich, warunkuje dobór i charakter indywidualnych postaw ojca i matki względem dziecka nienarodzonego oraz sposób realizacji przez nich zadań rodzicielskich, w tym również istotnych zobowiązań funeralnych¹³⁴. Postawy młodych mężczyzn i kobiet wobec macierzyństwa i ojcostwa oraz wzorce rodzicielskie są kształtowane pod wpływem codziennych zewnętrznych i wewnętrznych interakcji społecznych rodzin generacyjnych¹³⁵, obowiązujących w rodzinach pochodzenia

¹³⁴ Por. U. Dudziak, *Społeczne uwarunkowanie postaw wobec macierzyństwa w XX i początkach XXI wieku*, „Roczniki Nauk o Rodzinie” (2013), t. 5 (60), s. 95–96.

¹³⁵ Por. U. Dudziak, *Społeczne...*, s. 107. Zob. również: M. Grygielski, *Rola rodziny w kształtowaniu postaw wobec własnego rozwoju*, w: *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2000, s. 183–191; A. Januszewski, *Doświadczenie osamotnienia*

systemów wartości religijnych i etycznych¹³⁶, wychowania seksualnego, posiadanej stopnia dojrzałości osobowej, wieku inicjacji seksualnej, kontaktów z pornografią, podatności na medialny przekaz wartości, dominującego w środowisku światopoglądu, okoliczności poczęcia dziecka itp. Niewątpliwie czynniki te zaciągną na relacjach rodziców z dzieckiem prenatalnym, a co za tym idzie – na ich świadomości lub braku zrozumienia potrzeby pochowania jego zwłok w sytuacji śmierci w okresie prenatalnym.

Dla promocji społecznej koncepcji ról rodzicielskich i stosunku do dziecka nienarodzonego, szczególnie istotny okazuje się rodzaj wychowania seksualnego i jego forma, którą roniący odbyli na danym szczeblu edukacyjno-wychowawczym: personalistyczno-normatywnego (pro-life) lub naturalistyczno-permisywnego (pro-choice). Program kształcenia realizowany podczas tego typu zajęć w szkołach lub poza nimi jak mało który czynnik upowszechnia i formuje społeczne wzorce zachowań, ma bowiem charakter planowy, systematyczny, uporządkowany i jest zamierzony na uzyskanie ściśle określonych postaw. Odwołuje się do konkretnego systemu wartości, choć nie zawsze wprost dostrzegalnego. Jest uwiarygodniany społecznym autorytetem instytucji edukacyjnej, a co najważniejsze – jego realizacja przypada w najbardziej podatnym dla kształtowania psychoseksualnych wzorców okresie rozwojowym chłopców i dziewcząt. Nie można jednak ograniczyć wychowania seksualnego wyłącznie do zajęć szkolnych. Odbywa się ono bowiem głównie w środowisku rodzinnym, a w sposób szczególnie medialnym. Środowisko rodzinne i medialne są obecnie podstawowymi i najbardziej efektywnymi przestrzeniami wychowania seksualnego. Nakreślone poniżej postawy rodzicielskie oraz postawy wobec rodzicielstwa, determinowane danym typem wychowania seksualnego, mają charakter modelowy, wynikający z teoretycznych założeń tegoż wychowania. Praktyka życia pokazuje bardziej skomplikowany i złożony charakter procesu wychowawczego, częstokroć, zwłaszcza w środowisku rodzinnym, nieformalnego, nieuświadomianego, nieintencjonalnego, nienazwanego wprost, a wręcz pasywnego, zarówno ze strony wychowawców, jak i wychowanków.

u młodzieży a postawy rodzicielskie, w: *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2000, s. 285–308.

¹³⁶ Por. T. Rostowska, *System wartości rodziców i dzieci jako zadanie rozwojowe*, w: *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2000, s. 217–227; B. Kołodziej, *Rola rodziny w kształtowaniu postawy wobec życia jako fundamentalnej wartości*, w: *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2000, s. 231–247.

3.1. Postawy rodziców będące rezultatem personalistyczno-normatywnego wychowania seksualnego

Osoby uformowane w ramach personalistyczno-normatywnego wychowania seksualnego, a nade wszystko afirmujące w życiu osobistym związaną z nią aksjologię, nie ograniczą rodzicielstwa i płodności małżonków wyłącznie do ich biologiczno-psychologicznych uwarunkowań, lecz będą się odwoływać również do motywacji personalistycznych, moralnych, duchowych i religijnych¹³⁷. Seksualność jest dla nich nierozzerwalnie związana z życiem małżeńskim i szerszym kontekstem rodzinnym. Katolicka koncepcja ludzkiej płciowości zakłada bowiem przygotowanie do życia w rodzinie, a nie jedynie do odbycia satysfakcjonującego aktu seksualnego. Ukierunkowana jest na kształtowanie postaw odpowiedzialnego rodzicielstwa w procesie wychowawczo-formacyjnym, nie poprzestając na wyłącznie edukacyjno-informacyjnym przekazie wiedzy z zakresu fizjologii i higieny płodności, etycznej regulacji poczęć¹³⁸, rozwoju psychoseksualnego człowieka. Oddziaływanie wychowawcze, oprócz czysto edukacyjnego, obejmuje zatem zarówno sferę intelektualną wychowanków, jak również psychiczną, duchową, moralną i społeczną¹³⁹. Powołanie do małżeństwa i rodzicielstwa jest rozpatrywane w kategoriach powołania do miłości oblubieńczej i rodzinnej, zorientowanych personalistycznie, szczególnie na owoc ludzkiej prokreacji¹⁴⁰. Odpowiedzialność seksualną ściśle łączy się z odpowiedzialnością prokreacyjną¹⁴¹. W tym duchu wychowanek uświadamiany jest o niezbędności właściwego przygotowania się małżonków w okresie prekonceptyjnym do poczęcia dziecka¹⁴². Małżonkowie świadomie podejmują decyzję o zrodzeniu potomstwa, inicjując odpowiednio wcześniej medyczne działania przygotowawcze o charakterze prozdrowotnym, diagnostycznym

¹³⁷ Por. U. Dudziak, *Postawy wobec wychowania seksualnego a hierarchia wartości nauczycieli*, Lublin 2009, s. 327.

¹³⁸ Por. Paweł VI, *Humane vitae*, nr 5.

¹³⁹ Por. U. Dudziak, *Postawy...*, s. 329.

¹⁴⁰ Por. tamże, s. 335.

¹⁴¹ Por. tamże, s. 340.

¹⁴² Por. U. Dudziak, *Miłość i odpowiedzialność przejawem zdrowia człowieka i rodziny: wskazania prekonceptyjne, pre- i postnatalne*, „Roczniki Nauk o Rodzinie” (2009), t. 1 (56), s. 109–113.

i profilaktycznym¹⁴³. Dziecko jest chciane i oczekiwane. Już przed poczęciem zawiązuje się swoista relacja pomiędzy nim i pragnącymi go począć rodzicami. Także poczęcia nieplanowane, które nie są rzadkością, potrafią być odpowiedzialnie przez nich przyjęte jako chciany i umiłowany dar życia, a nie uciążliwa konieczność czy zagrożenie wolności.

Właściwa dla personalistyczno-normatywnego wychowania seksualnego perspektywa personalizmu prenatalnego pozwala małżonkom, bez względu na to, czy poczęcie było planowane czy też nie, już od najwcześniejszych etapów życia płodowego wdrożyć się w rolę rodzica dziecka w prenatalnym wieku rozwojowym i związanej z nią powinności podjęcia wychowania prenatalnego¹⁴⁴. Jest to możliwe dzięki afirmacji i personalizacji dziecka nienarodzonego od pierwszych chwil jego życia¹⁴⁵. Rodzice postrzegają dziecko prenatalne jako osobę ludzką, obdarzoną pełnią godności osobowej i potencjału życia osobowego¹⁴⁶. Prenatalna egzystencja dziecka nie jest dla nich wyłącznie ludzkim życiem biologicznym, lecz zawsze życiem osobowym¹⁴⁷. Za jedyny racjonalny próg życia osobowego uznają oni moment poczęcia, a zaistnienie ludzkiego organizmu biologicznego jest dla nich równoznaczne z zaistnieniem osoby ludzkiej, bowiem jest ona zawsze istotą cielesną, egzystującą na sposób osobowy¹⁴⁸. W zapłodnieniu dostrzegają najważniejszy, niepowtarzalny ani przedtem, ani potem, radykalny, dynamiczny i jedyny tego typu skok jakościowy, warunkujący i determinujący późniejsze psychobiologiczne przekształcenia rozwoju embrionalnego i płodowego dziecka¹⁴⁹. To właśnie w poczęciu widzą potencjał sta-

¹⁴³ Por. U. Dudziak, *Biologiczno-medyczne podstawy duszpasterstwa rodzin*, w: *Duszpasterstwo rodzin. Refleksja naukowa i działalność pastoralna*, red. R. Kamiński, G. Pyżlak, J. Goleń, Lublin 2013, s. 167.

¹⁴⁴ Por. D. Kornas-Biela, *Rodzina...*, s. 535.

¹⁴⁵ Por. D. Kornas-Biela, *Rodzina w kontekście wychowania prenatalnego*, „Roczniki Teologiczne” (2005), t. 52, z. 10, s. 36; D. Kornas-Biela, *Pedagogika...*, s. 239. Personalizacja nie oznacza tu przypisania godności osobowej dziecku prenatalnemu przez rodziców na mocy ich subiektywnego aktu decyzyjnego, lecz odkrycie przez oczekujących jego narodzin prawdy o posiadaniu przez dziecko godności osobowej od początku jego życia, ze względu na obiektywny fakt pełni udziału dziecka prenatalnego w naturze ludzkiej.

¹⁴⁶ Por. G. Hołub, *Godność...*, s. 20.

¹⁴⁷ Por. G. Hołub, *Status...*, s. 11; T. Ślipko, *Problem animacji a status antropologiczny i etyczny zygoty wobec możliwości klonowania*, w: *Bioetyka polska*, red. T. Biesaga, Kraków 2004, s. 242–244.

¹⁴⁸ Por. G. Hołub, *Status...*, s. 11.

¹⁴⁹ Por. G. Hołub, *Status...*, s. 12–13; D. Kornas-Biela, *Pedagogika...*, s. 238–239.

nu wyjściowego, od którego uzależniona jest manifestacja takich zdolności osobowych dziecka, jak świadomość, samoświadomość czy racjonalność, na późniejszych etapach jego wzrostu biologicznego i kognitywnego¹⁵⁰. Rodzice dzielący personalistyczne przesłanki na temat statusu antropologicznego embrionu i płodu ludzkiego są w pełni świadomi, że na każdym etapie rozwoju manifestowanie godności i fenomenów osobowych dziecka nienarodzonego przebiega odmiennie¹⁵¹. Sukcesywne ujawnianie oznak życia osobowego łączy się tu nierozdzielnie z formowaniem się sprzyjających warunków neurobiologicznych¹⁵². Tym samym nikły poziom świadomości lub jej brak, w połączeniu z nie w pełni rozwiniętym jeszcze układem nerwowo-mózgowym nie dyskwalifikuje w ich ocenie dziecka prenatalnego jako osoby i nie może stanowić podstawy do odmówienia mu podmiotowości i fundamentalnego prawa do życia, przysługującego mu na mocy posiadania natury ludzkiej¹⁵³. Tak postrzegane dziecko nienarodzone jest kochanym, upragnionym i niecierpliwie oczekiwanym członkiem rodziny, już realnie obecnym w codziennej egzystencji jego rodziców i w łączących ich relacjach małżeńskich.

Rodzice dysponujący odpowiednią wiedzą z zakresu edukacji i pedagogiki prenatalnej, wzmocnioną personalistyczną formacją filozoficzną, które zapewnia personalistyczno-normatywne wychowanie seksualne, stają się świadomi swojego rodzicielstwa prenatalnego. Skłania ich ona do podjęcia trudu pogłębienia wzajemnych relacji z dzieckiem poprzez uprzytomnienie sobie realności prenatalnego oddziaływania wychowawczego oraz intensyfikację możliwego ze strony rodziców zaangażowania w tym zakresie, bardziej rozmyślnego i celowego. Oddziaływanie to ma charakter dwukierunkowy, przyjmując postać międzyosobowej interakcji¹⁵⁴. Komunikacja prenatalna dokonuje się w bezpośrednim środowisku wychowawczym, jakim jest łono matki, i dalszym, czyli w rodzinie nuklearnej dziecka¹⁵⁵. Interpodmiotowość i obustronność relacji komunikacyjnych polega na wzajemnym wpływie na

¹⁵⁰ Por. G. Hołub, *Status...*, s. 12–13.

¹⁵¹ Por. tamże, s. 13.

¹⁵² Por. tamże.

¹⁵³ Por. tamże, s. 12–13; P. Duchliński, *Antropologiczne i metaetyczne przesłanki w bioetyce*, w: *Bioetyka personalistyczna*, red. T. Biesaga, Kraków 2006, s. 52–54.

¹⁵⁴ Por. D. Kornas-Biela, *Rodzina...* s. 39; D. Kornas-Biela, *Pedagogika...*, s. 242, 251–254.

¹⁵⁵ Por. D. Kornas-Biela, *Rodzina...*, s. 42; D. Kornas-Biela, *Pedagogika...*, s. 227.

siebie rodziców-wychowawców i dziecka-wychowanka¹⁵⁶. Ze strony matki będą to uczucia, nastroje, postawy, zachowania, wyobrażenia, stany smutku i niepokoju, radości i szczęścia oraz wszelkie inne emocje, oddziałujące na dziecko na poziomie fizjologicznym, neurohormonalnym, psychicznym i duchowym¹⁵⁷. Dziecko z kolei będzie komunikować matce „pierwotne emocje i operacje umysłowe, zmysłowe i ruchowe doznania i reakcje, stany dobrostanu lub jego braku”¹⁵⁸. Ze względu na organiczną łączność i współzależność psychoruchową, somatopsychiczną, psychosomatyczną matki i dziecka, zachodząca między nimi komunikacja prenatalna jest szczególnie wyjątkowa, niepowtarzalna i zarazem naturalna¹⁵⁹. Relacje ojca z dzieckiem mają inną specyfikę jakościową. Przebiegają na płaszczyźnie psychospołecznej¹⁶⁰, gdzie sama świadomość obecności dziecka wpływa na ojca wychowawczo. Z kolei wpływ ojca na dziecko jest wypadkową stosunków mężczyzny z matką dziecka prenatalnego, a w późniejszych etapach ciąży może on przybrać formę kontaktu quasi-fizycznego. Modelowanie atmosfery środowiska domowego, kształtowanie codziennych relacji małżeńskich gwarantujących stabilność emocjonalną matki, zapewnienie kobiecie poczucia bezpieczeństwa i spokoju, czułość i delikatność kontaktów mężczyzny z kobietą ciężarną, przejęcie przez ojca uciążliwych obowiązków domowych, inicjowanie zdrowego stylu życia, kierowanie do dziecka werbalnych komunikatów, pieszczotliwy dotyk łona kobiety, to pryncypialne zadania wychowawcze mężczyzny¹⁶¹. Wśród różnorodnych form wychowania prenatalnego rodzice mogą wybrać najbardziej im odpowiadające, przykładowo rozmowy z dzieckiem, słuchanie z nim muzyki, obserwacja jego ruchów, kontakt dotykowy przez utulanie, obejmowanie, masowanie brzucha ciężarnej, wyobrażeniowe myślenie o dziecku, pozostawanie w ciągłej świadomości jego obecności itp.¹⁶² Dokonujący się pomiędzy wychowawcami i wychowankiem twórczy i ustawiczny dialog prenatalny¹⁶³, przebiegający na płaszczyźnie endokrynologiczno-biochemicznych, emocjonalno-psychicz-

¹⁵⁶ Por. D. Kornas-Biela, *Rodzina...*, s. 48; D. Kornas-Biela, *Pedagogika...*, s. 241–242, 247–251.

¹⁵⁷ Por. D. Kornas-Biela, *Rodzina...*, s. 43; D. Kornas-Biela, *Pedagogika...*, s. 246–251.

¹⁵⁸ D. Kornas-Biela, *Rodzina...*, s. 43.

¹⁵⁹ Por. D. Kornas-Biela, *Rodzina...*, s. 40, 44; D. Kornas-Biela, *Pedagogika...*, s. 249.

¹⁶⁰ Por. D. Kornas-Biela, *Rodzina...*, s. 49.

¹⁶¹ D. Kornas-Biela, *Wokół...*, s. 71–89.

¹⁶² Por. D. Kornas-Biela, *Pedagogika...*, s. 256–257; D. Kornas-Biela, *Wokół...*, s. 90–111.

¹⁶³ Por. D. Kornas-Biela, *Rodzina...*, s. 49; D. Kornas-Biela, *Pedagogika...*, s. 252–253.

nych i psychospołecznych wzajemnych odniesień interlokutorów¹⁶⁴, ma na celu zdrowie i prawidłowy rozwój dziecka¹⁶⁵ oraz jego osobowe spełnianie się, na ile to tylko możliwe, w warunkach rozwojowo-wychowawczych łona kobiety¹⁶⁶.

Taki przebieg relacji rodziców z dzieckiem prenatalnym, ukształtowany w duchu personalistyczno-normatywnego wychowania do życia w rodzinie¹⁶⁷, pozwoli im przyjąć właściwą postawę w sytuacji poronienia; bezdyskusyjnie zostanie ono uznane za śmierć członka rodziny, szczególnie wstrząsającą i tragiczną, bo dotyczącą dziecka, najbardziej bezbronnej i ukochanej osoby ludzkiej, mającej wyjątkowy status w systemie rodzinnym. Pogrzeb staje się wówczas niepodważalną oczywistością, rozpatrywaną nie tyle w kategoriach prawa przysługującego rodzicom, ile ich moral-

¹⁶⁴ Por. D. Kornas-Biela, *Rodzina...*, s. 49.

¹⁶⁵ Por. tamże, s. 43.

¹⁶⁶ Por. tamże. Realizację osobowych potencjalności dziecka prenatalnego Dorota Kornas-Biela czyni głównym przedmiotem teorii wychowania prenatalnego, „rozumianego jako kierowanie rozwojem dziecka przed urodzeniem i wspieranie go również w trakcie procesu rodzenia się oraz w pierwszych dniach po urodzeniu; jako podjęcie pewnych zamierzonych, intencjonalnych działań, aby dostarczyć dziecku rozwojowych bodźców i doświadczeń, niwelować zagrożenia prawidłowego i optymalnego rozwoju, pomóc mu urzeczywistnić w pełni swoje możliwości”. D. Kornas-Biela, *Pedagogika...*, s. 227.

¹⁶⁷ Przyjęcie postaw rodzicielskich zgodnych z aksjologią personalistyczno-normatywnego wychowania seksualnego nie jest zazwyczaj efektem wyłącznie zinstytucjonalizowanego i sformalizowanego procesu wychowawczego, odbywającego się w ramach zajęć szkolnych lub pozalekcyjnych. Wyrabianie postaw afirmujących godność osobową dziecka prenatalnego najczęściej dokonuje się na drodze wychowania rodzinnego, niekoniecznie katolickiego, bowiem system wartości właściwy dla katolickiego wychowania seksualnego, w pierwszej kolejności odwołuje się do uniwersalnych wartości wynikających z ogólnoludzkiej świadomości moralnej oraz wpisane w sumienie każdego człowieka prawa naturalnego. Wartości personalistyczne, pryncypialne dla tego typu wychowania, mogą być zatem przekazywane i wpajane rozmyślnie i intuicyjne przez rodziców afirmujących prawdę o nienujarzalności godności osobowej człowieka od poczęcia, prokreacyjnym celu prawdziwie ludzkiego zjednoczenia małżeńskiego, nierozdzielności aktu seksualnego od małżeństwa itp. Rodzice przyjmują wówczas naturalną dla nich rolę wychowawców, podejmujących formację moralną, psychiczną, intelektualną i duchową swoich dzieci w dziedzinie ludzkiej płciowości i prokreacji, dostosowaną do wieku i etapu rozwojowego wychowanków. Ich kompetencje wynikają z posiadanego systemu wartości, formacji duchowej i moralnej, wykształcenia, wiedzy zdobytej w trakcie samokształcenia: indywidualnego studium zagadnień fizjologii i higieny płodności, prenatalnego rozwoju człowieka oraz długoletniego doświadczenia małżeńskiego i rodzicielskiego. Efektywność oddziaływania wychowawczego zostaje wzmocniona dzięki unikatowej i niezastępowalnej żadną inną duchowo-psychicznej więzi dziecka z rodzicem oraz posiadanego przez wychowawcę rodzicielskiego autorytetu: nie tylko teoretyka, ale nade wszystko praktyka.

nego zobowiązania wobec zmarłego. Piętrzące się trudności organizacyjne dzięki silnej motywacji rodziców, by oddać szacunek zwłokom ich dziecka, zostaną z całym dynamizmem i konieczną stanowczością przezwyciężone. Z im większym sprzeciwem otoczenia spotka się ich pragnienie pożegnania zmarłego, z tym większą determinacją będą oni dążyć do osiągnięcia zamierzonego celu: publicznego potwierdzenia pełni człowieczeństwa i godności osobowej poronionego dziecka. Mniej lub bardziej oficjalny pogrzeb i dziecięca mogiła mają służyć temu potwierdzeniu. Pamięć o utraconym dziecku będzie kultywowana w kręgu rodzinnym, a jego grób stanie się materialnym śladem obecności w relacjach rodzinnych. Dla dorastającego rodzeństwa zmarłego nie pozostanie on kimś anonimowym i niesobowym, o kim bez większych skrępułów można zapomnieć, lecz będzie bratem lub siostrą z konkretną i dopełnioną historią życia. Wychowanie prenatalne zakłada bowiem kształtowanie właściwych relacji dziecka prenatalnego z narodzonym już rodzeństwem i przygotowanie starszych dzieci na jego narodziny. Szczególnie owocna w tym względzie okazuje się edukacja prenatalna w formie zabaw, gier, bajek tematycznych, usuwanie niepokojów dzieci związanych z pojawieniem się nowego członka rodziny, wzmocnianie poczucia wartości starszych dzieci, zapoznanie ich z fotograficzną dokumentacją badań ultrasonograficznych, udział dzieci w tym badaniu, by mogły usłyszeć bicie serca brata lub siostry, wspólne przygotowanie pokoju dla noworodka, zakup ubranek, a nade wszystko cierpliwa rozmowa na nurtujące dziecko problemy oraz komunikacja dotykowa i werbalna z nienarodzonym¹⁶⁸.

W kontekście wychowania prenatalnego uwidacznia się zależność odpowiedzialnego rodzicielstwa od samowychowania rodziców, szczególnie w okresie ich wychowywania do miłości, przypadającego na czas adolescencji i narzeczeństwa oraz w okresie prekonceptyjnym, kiedy małżonkowie przygotowują dla dziecka przestrzeń jego obecności w ich relacjach małżeńskich i życiowym *praxis*. Decydującym czynnikiem dobrostanu rodzinnego, wpływającego z wychowania prenatalnego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, jest pogłębiania i umacniania wzajemna relacja małżonków, ich małżeńska komunია. Z tej to więzi małżeńskiej, stale podtrzymywanej i pielęgnowanej, naturalnie wypływa dojrzała relacja rodziców do ich nienarodzonego dziecka, stanowiąca szczególne oparcie dla małżonków w sytuacji jego prenatalnej śmierci.

¹⁶⁸ Por. D. Kornas-Biela, *Pedagogika...*, s. 274–278.

3.2. Postawy rodziców wynikające z naturalistyczno-permisywnej edukacji seksualnej

Przeciwstawny wzorzec postaw rodzicielskich wyłania się z założeń naturalistyczno-permisywnej edukacji seksualnej. Samo pojęcie „postawy rodzicielskie” wydaje się nieadekwatne do tego typu edukacji, zakłada ono bowiem afirmację macierzyństwa i ojcostwa. Tymczasem rodzicielstwo jest przez permisywistów permanentnie zwalczane, a płodność systematycznie upośledzana i wykluczana. Możliwość poczęcia dziecka jawi się w ich przekonaniu jako największe zagrożenie dla swobody czerpania maksymalnej przyjemności z rozpasanej aktywności seksualnej. W tej perspektywie, w odniesieniu do permisywizmu można mówić wyłącznie o postawach przyjmowanych wobec rodzicielstwa i płodności, a nie o postawach rodzicielskich czy społecznej roli ojca i matki, te bowiem permisywizm moralny deprecjonuje i odrzuca.

Porównując personalistyczno-normatywne wychowanie seksualne z naturalistyczno-permisywną edukacją seksualną, wskazuje się najczęściej, że pierwsze ma charakter formacyjno-wychowawczy, drugie zaś skupia się na przekazie edukacyjnym, ignorując sferę moralną, duchową i psychiczną dziecka. W pierwszej formie kształcenia mamy do czynienia z wychowanymi i wychowawcami, w drugiej natomiast ze słuchaczami i edukatorami seksualnymi. Błędem byłoby jednak twierdzić, że edukatorzy seksualni nie oddziałują wychowawczo, bowiem edukacja sama w sobie poprzez przekaz określonych treści, choćby tylko instruktażowych, zawsze formuje światopogląd i system wartości edukowanych, posiada więc charakter wychowawczy. Edukatorzy seksualni nie ograniczają się w swojej działalności do celów informacyjnych, ale w założeniu dążą do ukształtowania pożądanego przez nich nawyków i postaw, oddziałując na niedojrzałą jeszcze sferę emocjonalną i psychoseksualną odbiorców. Rozmyślnie adresują swój przekaz do odpowiednio dobranej kategorii wiekowej, czyli chłopców i dziewcząt pozostających w najbardziej podatnych na urabianie psychoseksualnych wzorców okresach rozwojowych: w wieku młodszym szkolnym i adolescencji. Czynią to właśnie ze względu na przynależne do permisywizmu moralnego założenia wychowawcze, które w sposób systematyczny i agresywny są przez jego przedstawicieli realizowane. Nie sposób więc ograniczyć oceny ich działalności wyłącznie do swoistego rodzaju instruktażu czy krótkotrwałego poradnictwa, ale należy dostrzec w niej planowe oddziaływanie

wychowawcze, realizowane nie tylko w formie zinstytucjonalizowanej edukacji szkolnej, ale nade wszystko przez komunikowanie medialne, poprzez które wdzierają się one z napastliwością w intymną przestrzeń wychowania rodzinnego i wydaje się wszechobecne¹⁶⁹.

Osoby wychowane w duchu naturalistyczno-permisywnej edukacji seksualnej i afirmujące jej destrukcyjną aksjologię nie będą przygotowane do rodzicielstwa. Permisywizm odwołuje się bowiem do sytuacjonizmu etycznego, wybiórczej moralności, skrajnego autonomizmu i indywidualizmu jednostki, absolutyzacji wolności, odrzucenia antropologii integralnej na rzecz antropologii selektywnej, negacji godności osobowej człowieka oraz jego dehumanizacji i desakralizacji; indyferentyzmu religijnego, koncepcji człowieka jako istoty amoralnej, stawiającej się „poza dobrem i złem”¹⁷⁰. Taki system wartości uniemożliwia zbudowanie jakiegokolwiek trwałej wspólnoty życia i jest jawnym zaprzeczeniem postawy rodzicielskiej, domagającej się ofiarności, bezinteresowności, ascezy, solidarności i współdziałania, dobroduszości i szczodropliwości, etyki normatywnej i afirmacji drugiego. Permisywizm wychowuje wyłącznie do hedonizmu, utylitaryzmu i konsumpcjonizmu w sferze seksualnej, popularyzuje model kobiecości bez macierzyństwa i męskości bez ojcostwa, upowszechnia styl życia bez rodzicielstwa, odrzuca czystość przedmażeńską i małżeńską oraz samą instytucję monogamicznego małżeństwa heteroseksualnego; deprecjonuje wartość rodziny jako takiej, promuje tzw. małżeństwa otwarte, związki nieformalne, homoseksualizm, masturbację, skomercjalizowane i stechnicyzowane podejście do prokreacji traktowanej jako reprodukcja, opowiada się wyłącznie za biologizycznym ujmowaniem rozwoju prenatalnego człowieka, depersonalizując i odczłowieczając dziecko nienarodzone¹⁷¹. Najbardziej rozpoznawalnym antynatalistycznym rysem moralności permisywnej jest mentalność antykoncepcyjna, zrównująca miłość z pożądaniem, stosunek seksualny z rekreacją i sportem, stymulująca postawę ciągłej zachłanności, niezaspokojenia, nienasyconego pożądania, stałej dostępności seksualnej, podważająca potrzebę seksualnej wyłączności i sprowadzająca współżyjące ze sobą osoby do rzędu przedmiotu seksualnego, często jednorazowego użytku¹⁷². Mentalność ta jest nade wszystko

¹⁶⁹ Por. U. Dudziak, *Postawy...*, s. 393–394, 417.

¹⁷⁰ Por. A. Drożdż, *Permisywizm moralny*, Kielce 2005, s. 11–21, 23–39, 209–228, 291–315.

¹⁷¹ Por. D. Kornas-Biela, *Rodzina...*, s. 507–511.

¹⁷² Por. U. Dudziak, *Postawy...*, s. 394–416.

wymierzona w ludzką prokreację. Ciążę traktuje jako ryzyko i zagrożenie, embrion i płód jako wzbudzający obrzydzenie uboczny produkt zachowań seksualnych, kobietę ciężarną jako nieefektywną i niezdolną do seksu¹⁷³. Poczęcia dziecka za wszelką cenę się unika, a jeżeli dojdzie do zapłodnienia, z zaciekłością się go unicestwia przez aborcję czy środki wczesnoporonne. „Zjawiska takie, jak demoralizacja, rozpowszechnianie pornografii, szerzenie antykoncepcji, aborcji, seksualne molestowanie dzieci, seks zbiorowy, przedmałżeńska inicjacja seksualna, niewierność małżeńska, prostytutka, rozwody, panerotyzm, reifikacja człowieka to wynik permissywizmu moralnego w dziedzinie płciowości”¹⁷⁴.

Wśród rodziców prezentujących światopogląd naturalistyczny, właściwy laicko-permisywnej edukacji seksualnej, stosunek do dziecka nienarodzonego jest zróżnicowany. Przedstawiciele tego kierunku mogą opowiadać się za diametralnie odmiennymi i wewnątrznie sprzecznymi kryteriami antropologicznymi statusu osobowego dziecka prenatalnego¹⁷⁵. W jednym są zgodni: odrzucają pogląd personalistów zakładający, iż dziecko nienarodzone jest osobą ludzką od poczęcia¹⁷⁶. Naturaliści odróżniają bowiem ludzkie życie biologiczne od ludzkiego życia osobowego¹⁷⁷. Rozwijająca się od zapłodnienia istota cielesna w ich przekonaniu nie jest osobą ludzką¹⁷⁸. Na drodze rozwoju biologiczno-kognitywnego, jeżeli nie dojdzie do żadnej anomalii, z ludzkiego życia biologicznego wykształci się dopiero ludzkie życie osobowe, przynależne osobie ludzkiej. Pośród naturalistów trwają spory dotyczące progu życia osobowego, tj. momentu uzyskania statusu osobowego przez ową nieosobową istotę cielesną¹⁷⁹. Samo pojęcie osoby odnoszą oni do jednostki ludzkiej wykazującej zdolności osobowe na odpowiednim poziomie jakościowym, jak świadomość, racjonalność, posługiwanie się językiem w sposób empirycznie weryfikowalny, wykształcone pojęcie samego

¹⁷³ Por. tamże, s. 451.

¹⁷⁴ Tamże, s. 393.

¹⁷⁵ W dyskursie bioetycznym status osobowy jest najistotniejszą kategorią decydującą o człowieczeństwie i podmiotowości danej jednostki ludzkiej, przysługiwaniu jej fundamentalnych praw oraz ich ochronie, w tym prawa do życia, naturalnego rozwoju czy tożsamości ontycznej. Por. T. Biesaga, *Status...*, s. 20.

¹⁷⁶ Por. G. Hołub, *Status...*, s. 7–8.

¹⁷⁷ Por. G. Hołub, *Problem...*, s. 118–119.

¹⁷⁸ Por. G. Hołub, *Status antropologiczny życia prenatalnego w bioetyce naturalistycznej*, „Roczniki Wydziału Filozoficznego WSFP Ignatianum w Krakowie” (2009), t. 15, s. 33.

¹⁷⁹ Por. G. Hołub, *Status...*, s. 8.

siebie¹⁸⁰. Zasób czynników kognitywnych, psychicznych i lingwistycznych określających status osoby nie został w pełni wytypowany przez bioetyków naturalistycznych¹⁸¹. Nie są oni również zgodni co do tego, na jakim poziomie jakościowym winny wystąpić wymienione procesy psychiczno-umysłowe i komunikacyjno-lingwistyczne, by można było je uznać za fenomeny osobowe. Dotyczy to również stopnia wydolności życiowej i niezależności płodu od organizmu matki¹⁸². Część z nich uznaje za wystarczające uzyskanie przez płód, choć zaczątkowej, względnie zaczątkowej autonomii. Inni z kolei domagają się jej pełni. Wiąże się to również z niejednoznaczną oceną procesów neurobiologicznych, zmierzających do wykształcenia wyższych funkcji kognitywnych oraz progresywnej potencjalności ludzkiego organizmu w okresie prenatalnym. Pośród licznych propozycji progów życia osobowego¹⁸³ naturaliści będą zatem wyróżniać: „1) kryterium uformowanej zygoty, czyli teoria 21. godziny od zapłodnienia, w której kończy się proces kształtowania zygoty; 2) kryterium implantacji, czyli teoria 21. dnia od zapłodnienia, w którym kończy się proces implantacji, zamknięta jest możliwość bliźniaczego podziału oraz rozpoczyna się formowanie tzw. «smugi pierwotnej» (*primitive streak*); 3) kryterium neurologiczne, czyli teoria 40. dnia od zapłodnienia, w którym zaczyna funkcjonować centralny system nerwowy, mózg; 4) kryterium zdolności do samodzielnego istnienia; 5) kryterium narodzin; 6) kryterium nawiązania świadomego kontaktu poznawczo-wolitywnego z otoczeniem; 7) kryterium akceptacji życia poczętego przez rodziców i społeczeństwo; 8) kryterium uznania bądź nieuznania człowieczeństwa embrionu ze względów społecznych i materialnych”¹⁸⁴. W zależności od wyboru danego kryterium rodzice na poszczególnych etapach rozwojowych embrionu i płodu będą odrzucać bądź afirmować godność osobową dziecka. Mogą przesuwac moment uznania go za osobę nawet do czasu porodu, choć niektórzy pójda jeszcze dalej, negując

¹⁸⁰ Por. G. Hołub, *Problem...*, s. 61–81.

¹⁸¹ Por. G. Hołub, *Naturalizm a początek życia osoby*, w: *Wokół genezy człowieka: studia i rozprawy*, red. P. Mazur, Kraków 2013, s. 94–95.

¹⁸² Por. G. Hołub, *Status antropologiczny...*, s. 37.

¹⁸³ Por. B. Wójcik, *Bioetyka praktyczna Petera Singera*, w: *Systemy bioetyki*, red. T. Biesaga, Kraków 2003, s. 71–92; T. Biesaga, *Normana Forda ewolucja poglądów w kwestii początków człowieka w okresie prenatalnym*, w: *Wokół genezy człowieka: studia i rozprawy*, red. P. Mazur, Kraków 2013, s. 116–120; Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, Gdańsk 2005, s. 26.

¹⁸⁴ T. Biesaga, *Antropologiczny status embrionu ludzkiego*, w: *Podstawy i zastosowania bioetyki*, red. T. Biesaga, Kraków 2001, s. 102.

status osobowy także wczesnych noworodków¹⁸⁵. Status osobowy dziecka w prenatalnym i postnatalnym okresie rozwoju zostaje zatem uzależniony od subiektywnego aktu decyzyjnego jego rodziców, kierujących się dowolnie akceptowanymi przesłankami neurobiologicznymi, społecznymi lub ekonomicznymi¹⁸⁶, co ma decydujące znaczenie dla sposobu przeżywania przez nich doświadczenia poronienia. W istocie, kontestując godność osobową dziecka nienarodzonego na którymkolwiek z etapów rozwojowych, przyjmują wobec niego postawę redukcjonistyczną i reistyczną, sprowadzając jego życie prenatalne wyłącznie do cykli rozwoju biologicznego¹⁸⁷. Za wartościowe uznają, warunkowane stopniem rozwoju układu nerwowo-mózgowego, zdolności kognitywne podmiotu, integralną wiązkę takich zdolności, ich spójny układ¹⁸⁸. Sam podmiot natomiast jest w ich ocenie niejako wtórny do ujawniających się własności psychicznych i przypisują mu wartość wyłącznie wtedy, gdy staje się ich nośnikiem¹⁸⁹.

Dziociom nienarodzonym, ze względu na niespełnianie w danym okresie rozwojowym akceptowalnego przez rodziców kryterium życia osobowego, w opinii naturalistów przysługuje status „przyszłych osób”¹⁹⁰. Traktowane na sposób rzeczowy, jako „coś”, a nie na sposób osobowy, jako „ktoś”, są one wyłączną własnością rodziców, którą mogą oni dowolnie dysponować¹⁹¹. Tym samym poronienie, do którego doszło przed osiągnięciem uznawanego przez roniących proggu życia osobowego, zostaje przez nich ocenione jako utrata ciąży, nagła zmiana stanu fizjologicznego kobiety, przerwanie ludzkiego życia biologicznego, ale nie osobowego. Nie będą go rozpatrywać w kategoriach śmierci osoby ludzkiej, a już tym bardziej nie dziecka i członka rodziny. Mężczyzna i kobieta nie przypiszą sobie ról rodzicielskich. W stosunku do ludzkiego materiału biologicznego wydobytego z łona kobiety nie zastosują odniesień, które zwyczajowo przyjmuje się względem zwłok zmarłej osoby. W tej logice myślenia nie pojawi się potrzeba godnego pochówku i pożegnania się ze zmarłym. Pozostaną raczej zawiedzione nadzieje i plany wiązane z „przyszłą osobą”. Jeżeli do poronienia dojdzie po

¹⁸⁵ Por. G. Hołub, *Status...*, s. 9–11.

¹⁸⁶ Por. T. Biesaga, *Antropologiczny...*, s. 102; G. Hołub, *Status antropologiczny...*, s. 32.

¹⁸⁷ Por. B. Wójcik, *Status embrionu ludzkiego – stanowisko redukcjonistyczne, relatywistyczne*, w: *Bioetyka polska*, red. T. Biesaga, Kraków 2004, s. 247–256.

¹⁸⁸ Por. G. Hołub, *Naturalizm...*, s. 96.

¹⁸⁹ Por. tamże.

¹⁹⁰ Por. G. Hołub, *Problem...*, s. 121–129.

¹⁹¹ Por. G. Hołub, *Status...*, s. 10.

osiągnięciu progu życia osobowego, postawa rodziców względem zmarłego dziecka i jego zwłok będzie zależna od stopnia ich wrażliwości, dojrzałości osobowej, wiedzy o rozwoju prenatalnym człowieka, występowania ukształtowanych przez naturalistyczno-permisywną edukację seksualną hedonistycznych i utylitarystycznych nawyków i ich natężenia, okoliczności poczęcia¹⁹², jakości fenomenów osobowych wykazywanych przez dziecko, świadomości pełnienia ról rodzicielskich, które permisywizm z gruntu odrzuca. Przekroczenie progu życia osobowego przez embrion czy płód nie gwarantuje mu godnego pochówku w sytuacji jego prenatalnej śmierci, rodzice bowiem, choć uznają go za osobę ludzką, to ze względu na szczątkową jeszcze, niezadowolającą ich jakość manifestowanych fenomenów osobowych, mogą odstąpić od organizacji pogrzebu. Ich decyzja wpisze się w logikę mentalności, którą się kierują, a która wypływa z nieracjonalnej skłonności do stopniowania statusu osobowego człowieka.

Biologistyczny paradygmat naturalistyczno-permisywnej edukacji seksualnej – przez swe redukcjonistyczne założenia antropologiczne uprzedmiotawiający stosunek do dziecka nienarodzonego i odrzucający role rodzicielskie kobiety i mężczyzny w prenatalnym okresie jego rozwoju – podważa możliwość podjęcia przez rodziców wychowania prenatalnego, domagającego się rozwijania intersubiektywnych relacji pomiędzy dzieckiem-wychowankiem i rodzicami-wychowawcami¹⁹³. Podejmowane w okresie ciąży działania „przyszłych rodziców” będą się zatem ograniczać do realizacji zaleceń higienicznych, lekarskich, żywieniowych i psychoprofilaktycznych, wysuwanych przez edukację prenatalną i ginekologa prowadzącego ciążę¹⁹⁴. Atrofia pogłębionych międzyosobowych więzi rodziców z ich nienarodzo-

¹⁹² Nie sposób rozważyć wszystkich możliwych sytuacji. Dla przykładu odwołajmy się do jednej z nich. Samoistne poronienie nieplanowanej ciąży, będącej efektem rozpasania seksualnego nieletnich, wychowanych w mentalności antykoncepcyjnej, wedle której poczęte dziecko jest największym wrogiem „wolnej miłości” i czerpiących z niej maksimum przyjemności młodych ludzi, może zostać przez nich potraktowane jako uwolnienie się od życiowego balastu. Już samo poczęcie będzie sprowadzone wyłącznie do kwestii zawodności stosowanego środka antykoncepcyjnego i paniki związanej z nieplanowaną ciążą. Dziecko prenatalne pozostanie przez nich niedostrzeżone. Mając na uwadze nieodpowiedzialne podejście do ludzkiej płciowości i aktu seksualnego oraz daleko idącą kontestację poczętego życia, ujmowanego w kategoriach uciążliwego problemu, trudno się tu spodziewać większego zainteresowania oddaniem szacunku zwłokom poronionego dziecka, zważywszy, że zabrakło go u samych początków jego życia.

¹⁹³ Por. D. Kornas-Biela, *Rodzina...*, s. 36.

¹⁹⁴ Por. D. Kornas-Biela, *Pedagogika...*, s. 238.

nym dzieckiem może skutkować przyjęciem przez nich postawy obojętności wobec moralnej powinności organizacji jego pogrzebu w sytuacji poronienia samoistnego. Skupienie przez naturalistów uwagi rodziców wyłącznie na kobiecie ciężarnej i jej potrzebach będzie miało swoje daleko idące konsekwencje. W przypadku prenatalnej śmierci dziecka owe źle rozumiane potrzeby, przeciwstawione prawom dziecka, mogą bowiem okazać się głównym, jak nie jedynym, przedmiotem ich troski, a dziecko może pozostać dla nich tak samo anonimowe po śmierci, jak było za swojego życia.

Podsumowanie

Wydarzenie śmierci naturalnie wiąże się z całą sferą obrzędowości i ceremoniału pożegnania, rozstania i upamiętnienia odchodzącej osoby, także nienarodzonej¹⁹⁵. Psychologiczno-społeczny kontekst umierania i radzenia sobie z poczuciem straty ściśle łączy się z religijnym rytuałem osvajania się ze śmiercią i przyjęcia jej z godnością. Osadzenie śmierci i żałoby w perspektywie transcendencji pozwala odkryć sens nie tylko nieodwracalnej rozłąki, ale nade wszystko całego ludzkiego życia, także wówczas, gdy jego historia zamyka się zaledwie w kilku tygodniach cichego i niezauważalnego wręcz istnienia¹⁹⁶. To właśnie ów osobowy sens życia nienarodzonych i przysługująca im godność osobowa rodzi powinność oddania szacunku ludzkiemu ciału po śmierci, do której dochodzi w prenatalnym okresie rozwoju człowieka. Organizacja pogrzebów dzieci poronionych jest zatem zadaniem wielkiej wagi z psychologicznego, pedagogicznego, moralnego, religijnego, a nade wszystko z ogólnoludzkiego punktu widzenia, stając się miarą humanizacji społeczeństwa i personalizacji jego kultury. Jest także racją wiarygodności Kościoła głoszącego ich nienaruszalną godność od początku.

W podjętych rozważaniach wskazaliśmy szereg czynników wpływających na decyzję rodziców o pochowaniu zwłok dziecka prenatalnego lub też pozostawieniu jego ciała w szpitalu. Choć zostały one rozpatrzone w ka-

¹⁹⁵ Por. R. Stefańska-Klar, *O śmierci i jej wielowymiarowym charakterze*, w: *Psychologiczny, teologiczny i społeczno-kulturowy wymiar śmierci i żałoby*, N. Ruman, Kraków – Katowice 2011, s. 5–6.

¹⁹⁶ Por. tamże, s. 6.

tegoriach psychospołecznych predyktorów, to zakresu ich oddziaływania na wolny akt decyzyjny człowieka o dojrzałej osobowości nie można zrównać z determinizmem, bezwolnie wywołującym określone zachowania. Oddziaływanie to powinno mieć wyłącznie charakter pewnej możliwości modelowania ludzkiej decyzyjności, w żadnym wypadku nie przybierając formy autorytarnej urabiania sfery wolitywnej osoby w prostym przełożeniu „społeczny bodziec – jednostkowa reakcja indywiduum”, co naruszałoby niezależność i autonomiczność struktury poznawczo-wolitywnej osoby ludzkiej. Jeżeli granice dopuszczalnego społecznego wpływu, naturalnie zawężanego do obszaru pewnej postulatywności i życzeniowości, zostają przekroczone, to przyczyn tego stanu rzeczy należy poszukiwać w ukrytych formach przemocy, najczęściej psychicznej, materialnej i prawnej, jak również w niedojrzałej osobowości osób dalece poddających się wpływowi otoczenia, czego przykłady wskazaliśmy. Przeprowadzone analizy jednoznacznie ukazują, iż rodzice zmarłego dziecka prenatalnego są poddani silnym wpływom różnorodnych czynników środowiskowych bądź to wprost oddziałujących w sytuacji poronienia, bądź uprzednio wkomponowanych w długotrwały proces ich wychowania, które pośrednio i bezpośrednio kształtują postawy roniących wobec niedonoszonego dziecka i pogrzebu jego ciała. Oddziaływanie to niejednokrotnie może przyjmować charakter przemocowy. Stopień jego intensywności jest uzależniony od indywidualnej sytuacji życiowej roniących rodziców i całego spektrum czynników psychopedagogicznych, moralno-religijnych, etyczno-antropologicznych i prawno-finansowych, które na nią się składają. W tej perspektywie konieczny wydaje się postulat zwiększenia świadomości rodziców zmarłego dziecka prenatalnego o zasięgu możliwego wpływu środowiska na ich decyzję o organizacji jego pochówku, a nade wszystko nabycie przez nich przekonania, że winna ona być ich własnym postanowieniem, choć nierzadko opartym na stanowczym sprzeciwie wobec kontestacyjnej postawy otoczenia.

O możliwości sprawienia rodzinnego pogrzebu dziecka samoistnie poronionego zadecyduje wiek ciąży, typ poronienia klinicznego i sposób jego zakończenia. Jeżeli sytuacja kliniczna pozwoli na pochówek szczątków lub zwłok dziecka, to w dalszej kolejności na postawę rodziców wobec jego organizacji będą wpływały liczne czynniki intrapsychiczne i psychospołeczne, pośród których można wymienić¹⁹⁷:

¹⁹⁷ Por. P. Guzdek, *Rozpoznaj...*, s. 391–392.

1. Predyktory intrapsychiczne i inne czynniki indywidualne:

- dojrzałość osobowa
- cechy charakteru
- integracja psychiczna
- charakterystyczne sposoby rozwiązywania sytuacji stresowych
- system wartości właściwy dla danego typu wychowania seksualno-prokreacyjnego
- przekonania o statusie antropologicznym dziecka przed narodzeniem
- wiedza o prenatalnym rozwoju człowieka
- wiedza o uprawnieniach spójalnych
- znajomość nauczania Kościoła katolickiego o pogrzebach dzieci nieochrzczonych
- utożsamienie się ze wskazaniami Urzędu Nauczycielskiego Kościoła
- przeszłość położnicza

2. Czynniki psychospołeczne:

- postawa współmałżonka/drugiego rodzica
- jakość więzi małżeńskiej
- czynniki warunkujące powstanie i rozwój więzi prenatalnej
- jakość więzi prenatalnej z dzieckiem przed jego śmiercią
- postawy personelu medycznego
- jakość opieki medycznej
- okoliczności ronienia
- postawy rodzin generacyjnych rodziców
- postawy innych osób ze środowiska rodzających
- udzielone rodzicom wsparcie społeczne
- postawa kapelana szpitalnego
- postawa duszpasterza parafialnego.

Wskazane predyktory można uszeregować, biorąc za punkt odniesienia rodzinę nuklearną zmarłego dziecka według kategorii czynników religijnych, aksjologiczno-moralnych, relacyjnych, poznawczych i innych czynników psychicznych (tab. 2).

Tabela 2: Kategoryzacja predyktorów postaw rodziców wobec pogrzebu dziecka poronionego klinicznie

Predyktory postaw rodziców wobec pogrzebu dziecka poronionego klinicznie	
Czynniki egzogenne wobec rodziny nuklearnej zmarłego dziecka	Czynniki endogenne wobec rodziny nuklearnej zmarłego dziecka
<ul style="list-style-type: none"> • czynniki relacyjne: - rodziny generacyjne rodziców - personel medyczny i administracja szpitala - kepelan szpitala i duszpasterz - środowisko zawodowe - osoby uważane za ważne spoza rodziny 	<ul style="list-style-type: none"> • czynniki poznawcze • czynniki aksjologiczno-moralne • czynniki religijne • inne czynniki psychiczne (afektywne, osobowościowe, itp.) • czynniki relacyjne: - relacja z małżonkiem/rodzicem dziecka - przywiązanie rodzicielskie (więź prenatalna)

Dostrzega się dziewięć możliwych kierunów działań pastoralnych Kościoła katolickiego w Polsce na rzecz kształtowania dojrzałych postaw katolickiego laikatu i duchowieństwa odnośnie do ciała dziecka poronionego i jego pogrzebu. Pierwszy polega na personalistycznej redefinicji terminologii odnoszącej się do osób nienarodzonych w dyskursie publicznym, medialnym i rodzinnym oraz posłudze katechetyczno-homiletycznej Kościoła¹⁹⁸. Drugi łączy się z podjęciem szeroko pojętej problematyki organizacji pogrzebów dzieci zmarłych w niepowodzeniach położniczych, w tym zbawienia dzieci nieochrzczonych, w katechizacji szkolnej, parafialnej katechizacji małżeństw i rodzin, w przygotowaniu liturgiczno-katechetycznym młodzieży do sakramentu bierzmowania, na wszystkich etapach przygotowania do sakramentu małżeństwa¹⁹⁹, w formacji intelektualnej alumnów seminariów duchownych i programach studiów teologicznych dla świeckich oraz w zwyczajnym nauczaniu homiletycznym parafii. Nieodzowna okazuje się w tym względzie pomoc pracowników parafialnych, dekanalnych i specjalistycznych poradni rodzinnych, kompetentnych do przeprowadzania katechez, szkoleń i prelekcji w odnośnym temacie oraz przygotowanie przez wydziały katechetyczne kurii diecezjalnych materiałów dydaktycznych i metodycznych poświęconych tej tematyce. Trzeci kieru-

¹⁹⁸ Por. P. Kieniewicz, *Dostrzec w nienarodzonym człowieku. Znaczenie personalistycznej terminologii dla uszanowania godności osoby*, w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Kraków 2013, s. 23–35.

¹⁹⁹ Por. Konferencja Episkopatu Polski, *Dyrektorium Duszpasterstwa Rodzin*, Warszawa 2003, nr 18–36.

nek działań sprowadza się do upowszechniania przez samych duchownych praktyki pochówku zmarłych dzieci prenatalnych w każdej wspólnocie parafialnej przez sprawowanie liturgii pogrzebowej oraz wpisanie jej popularyzacji w program duszpasterski Kościoła w Polsce, czego znamienitym przejawem byłby coroczny list Episkopatu Polski na Dzień Dziecka Utraconego (15 października) oraz ogłoszenie Roku Dziecka Utraconego, wraz z podjęciem w ramach jego obchodu konkretnych inicjatyw pastoralnych: misji, rekolekcji parafialnych, organizacji pogrzebów dzieci, których ciała są przetrzymywane w szpitalnych prosektoriach; podjęcia i uregulowania stałej współpracy pomiędzy proboszczami parafii i dyrektorami szpitali w zakresie systematycznych pogrzebów dzieci zmarłych w niepowodzeniach położniczych, których ciała rodzice pozostawiają w szpitalach; budowy tablic i pomników upamiętniających zmarłe dzieci prenatalne, które nie doczekały się godziwego pochówku. Czwarta perspektywa działań otwiera się przed diecezjalnymi komisjami liturgicznymi, wydziałami duszpasterstwa rodzin kurii diecezjalnych oraz poszczególnymi strukturami duszpasterstwa rodzin na poziomie parafii, dekanatu i diecezji. Agendy te, przez opracowanie odpowiednich materiałów homiletycznych, specjalnych wydań Rytuału pogrzebu dzieci nieochrzczonych, broszur informacyjnych, świadczenie bezpłatnego poradnictwa prawnego i psychologicznego, mogą wyjść naprzeciw potrzebom rodziców doświadczających różnorodnych trudności w organizacji pogrzebów dzieci poronionych. Upowszechnienie informacji o formach i miejscach pomocy świadczonej przez poszczególne instytucje kościelne wpisuje się w zakres zaangażowania pracowników mediów katolickich. Ten piąty kierunek działań, w swej istocie opiniotwórczy i informacyjny, ma na celu urabianie właściwych postaw społecznych oraz kształtowanie społecznej wrażliwości na dramat śmierci dziecka prenatalnego i konieczności udzielenia wsparcia rodzicom w organizacji pogrzebu zmarłego poprzez wykorzystanie możliwości, jakie w tym względzie stwarzają media elektroniczne, katolicka radiofonia, telewizja i prasa drukowana. Są to również zadania, które mogą być podjęte w pracy zawodowej świeckich katolików zatrudnionych bądź współpracujących z redakcjami mediów laickich. Uzupełnianie i pogłębianie wiedzy teologicznomoralnej, teologicznodogmatycznej, bioetycznej, liturgicznej, prawnocywilnej, prawnokanonicznej, medycznej oraz psychologicznej posługujących już duszpasterzy parafialnych, kapelanów szpitali i pracowników duszpasterstwa ro-

dzin, wraz z podjęciem badań naukowych w tej tematyce, to istotne obszary pracy naukowo-dydaktycznej i popularyzatorskiej wydziałów i instytutów teologicznych. Nakreślony ów szósty kierunek działań pastoralnych winien znaleźć swoje przełożenie w programach kursów, szkoleń, studiów podyplomowych, studium proboszczowskiego, stałej formacji księży wikariuszów, studium pastoralnego dla członków parafialnych rad duszpasterskich, studium teologii rodziny, a także w dyskusjach podejmowanych w ramach kongregacji rejonowych i dekanalnych spotkań duchowieństwa diecezjalnego i zakonnego. Przed strukturami duszpasterstwa służby zdrowia rozpościera się siódme zadanie – formowania postaw poszanowania godności osobowej i ciała dziecka prenatalnego przez farmaceutów, lekarzy, położne, pielęgniarki i innych członków personelu medycznego oraz administracji szpitali. W kontekście uchwalenia przez ustawodawcę rządowego programu zapłodnienia pozaustrojowego oraz wprowadzenia do sprzedaży wczesnoporonnych pigułek „dzień po”, które ukazują pogłębiające się tendencje prawnego legitymizowania w Polsce polityki antynatalistycznej, słuszne wydaje się rozważenie otwarcia kierunków lekarskich, pielęgniarskich, położniczych i farmaceutycznych na uczelniach katolickich, co wchodzi w zakres ósmego zadania pastoralnego. Budowanie katolickiego środowiska pracowników służby zdrowia w oparciu o struktury uniwersyteckie stanowi priorytetowe zadanie dla przeciwdziałania i przeciwstawiania się realizacji antynatalistycznych programów zdrowia reprodukcyjnego.

Nieodzowna okazuje się nade wszystko posługa kapelana szpitala, niosącego pierwszą pomoc i wsparcie roniącym rodzicom. Spektrum zadań kapłanów pracujących w kapelaniach szpitalnych oraz szczególną wagę ich posługi poddano wnikliwej analizie. Rada ds. Rodziny Konferencji Episkopatu Polski wydała w 2009 roku dokument *Służyć prawdzie o małżeństwie i rodzinie*. Biskupi trafnie sprecyzowali w nim specyfikę pracy kapłanów z rodzinami doświadczającymi niepowodzenia położnicze, stawiając im wysokie wymagania w tym względzie: „Należy zadbać, aby na oddziałach położniczych i ginekologicznych kapłan był łatwo i codziennie dostępny. Na tych oddziałach kobiety przeżywają szczególnie intensywnie różne dramaty i bardzo często czują się w ich dźwięganiu osamotnione. Potrzebują też wsparcia sakramentalnego i pełnej życzliwości rozmowy z kapłanem, który będzie zdolny je rozumieć i umacniać z miłością ojca i brata. Nie można zapominać, że szczególnie matki leżące tam «na podtrzymaniu» oraz prze-

zywające dramat poronienia samoistnego bardzo często są głęboko wierzącymi i praktykującymi katoliczkami. Gorąco pragną jak najczęściej przystępować do Komunii Świętej, znajdując w niej źródło rzeczywistej mocy. Również mniej gorliwe pacjentki – stając na tych oddziałach w obliczu życia i śmierci – są szczególnie otwarte na wiarę i nadprzyrodzoność. Zatem nie wystarczy, że kapłan będzie tam dostępny jedynie «na wezwanie». Trzeba, aby kapłani byli na tych oddziałach pokornymi i dyskretnymi świadkami – wobec pacjentek i personelu – miłości i szacunku, z jakim Kościół spogląda na życie, sprawy płci i ciało ludzkie. Trzeba, aby nie ograniczali się do pośpiesznego administrowania sakramentów, lecz aby byli gotowi szczerze i bezinteresownie poświęcać pacjentkom swój czas. Chyba się już przełamuje (...) w społeczności kapłańskiej, ta pewna postawa tradycyjna, postawa jakiejś izolacji, oddalenia od tych spraw w imię wstydu. Czym innym jest wstyd, a czym innym jest miłość. Miłość człowieka, miłość życia ludzkiego, miłość osoby ludzkiej, miłość tych wszystkich ludzkich spraw, które noszą na sobie wielkość samego Stwórcy²⁰⁰. Zalecana przez biskupów duszpasterska troska kapelanów względem pacjentek oddziałów położniczych i ginekologicznych naturalnie winna objąć także mężów i ojców, gdyż nie są oni tylko biernymi obserwatorami zmagania o życie ich nienarodzonych dzieci, ale bezpośrednimi współuczestnikami tych trudów i cierpień. Duchowa posługa na rzecz ojców jest szczególnie paląca, zważywszy na stereotypowe ujmowanie sposobu przeżywania cierpienia przez mężczyzn i próby wtłoczenia ich w ramy wypaczonej tendencji do tłumienia swoich emocji i nieuzewnętrzniania własnych przeżyć dla fałszywie rozumianego dobra kobiety.

Realizacja szkicowo ujętych powyżej kierunków działań pastoralnych winna sprzyjać wypracowaniu przez duchowieństwo i laikat społecznych norm i zachowań pozytywnie odnoszących się do godności osobowej dzieci nienarodzonych oraz społecznego przyzwolenia na pochówek z należnym szacunkiem zwłok ludzkich w sytuacji prenatalnej śmierci człowieka. Systematyczne pogrzeby dzieci zmarłych w niepowodzeniach położniczych, w tym także utraconych na skutek wystąpienia poronienia klinicznego, organizowane przez szpitale, parafie, gminy i insyytucje pozarządowe bez wątpienia są potrzebne wobec dużej liczby szczątek i zwłok dzieci pozoz-

²⁰⁰ Konferencja Episkopatu Polski, *Dokument Służyc prawdzie o małżeństwie i rodzinie*, Łomża 2009, nr 110.

stawianych przez ich rodziny w szpitalach. Pośród roniących rodziców konieczne jest jednak upowszechnienie moralnie uzasadnionego przekonania, iż pogrzeb dziecka prenatalnego przynależy w pierwszej kolejności do ich powinności rodzicielskich²⁰¹.

Bibliografia

A. Dokumenty Kościoła

- Jan Paweł II, Adhortacja apostołska *Familiaris consortio*, Watykan 1981.
- Konferencja Episkopatu Polski, Dokument *Służyć prawdzie o małżeństwie i rodzinie*, Łomża 2009.
- Konferencja Episkopatu Polski, *Dyrektorium Duszpasterstwa Rodzin*, Warszawa 2003.
- Konferencja Episkopatu Polski, List pasterski *Otoczmy troską życie człowieka na Niedzielę Świętej Rodziny*, Jasna Góra 2008.
- Konferencja Episkopatu Polski, *Obrzędy pogrzebu dostosowane do zwyczajów diecezji polskich*, Katowice 2013.
- Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum Vitae*, Watykan 1987.
- Mering W., *Instrukcja w sprawie pogrzebu*, Włocławek 2011.
- Międzynarodowa Komisja Teologiczna, *Nadzieja zbawienia dla dzieci, które umierają bez chrztu*, Poznań 2008.
- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995.
- Paweł VI, Encyklika *Humane vitae*, Watykan 1968.
- Sobór Watykański II, Dekret o posłudze i życiu kapłanów *Presbyterorum ordinis*, Watykan 1965.
- Sobór Watykański II, Konstytucja *Gaudium et spes*, Watykan 1965.
- Sobór Watykański II, Konstytucja *Sacrosanctum concilium*, Watykan 1963.

²⁰¹ Niniejszy artykuł jest zaktualizowaną, przepracowaną i znacząco poszerzoną wersją rozdziału pt. *Psychospołeczne determinanty organizacji pogrzebu dziecka zmarłego na skutek poronienia klinicznego* opublikowanego w monografii: *Przerwać milczenie. Rozważania o utracie dziecka*, red. M. Guzewicz, Stalowa Wola 2015.

B. Akty normatywne

Kodeks Prawa Kanoniczego z 1983 r.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie karty zgonu oraz sposobu jej wypełniania (Dz.U. z 2007 r., nr 1, poz. 9).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz.U. z 2007 r., nr 1, poz. 10).

Uchwała Senatu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 11 stycznia 2017 r. w sprawie wniesienia do Sejmu projektu ustawy o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Ustawa z dnia 28 listopada 2014 roku Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz.U. 2014 r., poz. 1741).

Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 1959 r., nr 11, poz. 62).

C. Literatura źródłowa

Barton-Smoczyńska I., *Adaptacja kobiet po śmierci dziecka poczętego*, w: *Poronienie. Zrozumieć rodziców po stracie*, red. C. Klahs, Poznań 2010.

Bielecki M., Łazewska M., Józwick M., *Poronienie*, w: *Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów*, red. S. Soszka, Warszawa 1988.

Biesaga T., *Antropologiczny status embrionu ludzkiego*, w: *Podstawy i zastosowania bioetyki*, red. T. Biesaga, Kraków 2001.

Biesaga T., *Normana Forda ewolucja poglądów w kwestii początków człowieka w okresie prenatalnym*, w: *Wokół genezy człowieka: studia i rozprawy*, red. P. Mazur, Kraków 2013.

Biesaga T., *Potencjalność wewnętrzna i uprawnienia etyczne embrionu ludzkiego*, w: *Dynamizm – dynamizm ludzki – dynamizm osoby*, red. P. Mazur, Kraków 2014.

Biesaga T., *Status osobowy człowieka w okresie prenatalnym i jego prawa*, „Rocznik Filozoficzny Wydziału Filozoficznego WSFP Ignatianum w Krakowie” (2009), nr 15.

Bronka M., Gościńska-Kmieć K., Nagórko M., Zaleska-Skup J., *Ronić po ludzku – warunki ronienia w polskich szpitalach oraz postulaty ich zmian*, w: *Przebrane narodziny. Strata ciąży w aspekcie psychologicznym, socjolo-*

- gicznym, medycznym i etycznym, red. E. Dmoch-Gajzlerska, I. Barton-Smoczyńska, Warszawa 2012.
- Chazan B., *Lekarz wobec poronienia*, w: *Poronienie. Zrozumieć rodziców po stracie*, red. C. Klahs, Poznań 2010.
- Chazan B., *Nieudane rodzicielstwo – współczucie dla rodziców, szacunek dla ciała dziecka*, w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Kraków 2013.
- Cozza G., *Przerwane oczekiwanie. Poradnik dla kobiet po poronieniu*, tłum. A. Paleta, B. Sosnowska, Warszawa 2013.
- Doroszewska A., *Strata dziecka w wyniku poronienia lub porodu przedwczesnego – wybrane aspekty socjologiczne*, w: *Przebrane narodziny. Strata ciąży w aspekcie psychologicznym, socjologicznym, medycznym i etycznym*, red. E. Dmoch-Gajzlerska, I. Barton-Smoczyńska, Warszawa 2012.
- Drożdż A., *Permisywizm moralny*, Kielce 2005.
- Duchliński P., *Antropologiczne i metaetyczne przesłanki w bioetyce*, w: *Bioetyka personalistyczna*, red. T. Biesaga, Kraków 2006.
- Dudziak U., *Biologiczno-medyczne podstawy duszpasterstwa rodzin*, w: *Duszpasterstwo rodzin. Refleksja naukowa i działalność pastoralna*, red. R. Kamiński, G. Pyżlak, J. Goleń, Lublin 2013.
- Dudziak U., *Miłość i odpowiedzialność przejawem zdrowia człowieka i rodziny: wskazania prekoncepcyjne, pre- i postnatalne*, „Roczniki Nauk o Rodzinie” (2009), t. 1 (56).
- Dudziak U., *Postawy wobec wychowania seksualnego a hierarchia wartości nauczycieli*, Lublin 2009.
- Dudziak U., *Společne uwarunkowanie postaw wobec macierzyństwa w XX i początkach XXI wieku*, „Roczniki Nauk o Rodzinie” (2013), t. 5 (60).
- Dudziak U., *Sytuacja rodziców doświadczających śmierci dziecka przed urodzeniem*, w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Kraków 2013.
- Furgał J., *Etyczne i kulturowe aspekty pożegnania z dzieckiem*, w: *Przebrane narodziny. Strata ciąży w aspekcie psychologicznym, socjologicznym, medycznym i etycznym*, red. E. Dmoch-Gajzlerska, I. Barton-Smoczyńska, Warszawa 2012.
- Guzdek P., *Rozpoznaj swoje dziecko we mnie... Rzecz o poronieniu samodzielnym dziecka i jego pogrzebie*, Kraków 2017.

- Hołub G., *Człowiek u schyłku swojego życia – osoba czy „była osoba”*, „Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo” (2007), nr 6.
- Hołub G., *Godność osobowa dziecka nienarodzonego*, w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Kraków 2013.
- Hołub G., *Naturalizm a początek życia osoby*, w: *Wokół genezy człowieka: studia i rozprawy*, red. P. Mazur, Kraków 2013.
- Hołub G., *Problem osoby we współczesnych debatach bioetycznych*, Księgarnia Akademicka, Kraków 2010.
- Hołub G., *Status antropologiczny życia prenatalnego w bioetyce naturalistycznej*, „Roczniki Wydziału Filozoficznego WSFP Ignatianum w Krakowie” (2009), t. 15.
- Hołub G., *Status osobowy dziecka chorego przed i po urodzeniu*, „Życie i Płodność” (2008), nr 4.
- Keirse M., Spitz B., Vandermeulen A., *Jak sobie radzić z poronieniem*, tłum. M. Wężowska, Radom 2007.
- Kieniewicz P., *Dostrzec w nienarodzonego człowieka. Znaczenie personalistycznej terminologii dla uszanowania godności osoby*, w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Kraków 2013.
- Kolska K., *Jak pani może mówić o dziecku*, w: *Poronienie. Zrozumieć rodziców po stracie*, red. C. Klahs, Poznań 2010.
- Kołodziej B., *Rola rodziny w kształtowaniu postawy wobec życia jako fundamentalnej wartości*, w: *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2000.
- Kornas-Biela D., *Dziecko prenatalne jako przedmiot zainteresowań psychologicznych organizacji i stowarzyszeń naukowych*, w: *Oblicza dzieciństwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2001.
- Kornas-Biela D., *Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu*, w: *Oblicza macierzyństwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 1999.
- Kornas-Biela D., *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu*, Lublin 2009.
- Kornas-Biela D., *Rodzina w kontekście wychowania prenatalnego*, „Roczniki Teologiczne” (2005), t. 52, z. 10.

- Kornas-Biela D., *Rodzina w procesie prokreacji*, w: *Rodzina. Bezcenny dar i zadanie*, red. J. Stala, E. Osewska, Radom 2006.
- Kornas-Biela D., *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa 2004.
- Kornas-Biela D., *Zaniedbania prenatalne*, „Dziecko Krzywdzone” (2012), nr 1(38).
- Lewicka M., Sulima M., Pyć M., Stawarz B., *Charakterystyka poronień i prawa przysługujące kobietom po stracie ciąży*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis” (2013), nr 59, z. 1.
- Machinek M., *Życie w dyspozycji człowieka. Teologia moralna wobec problemów etycznych u początków życia ludzkiego*, Olsztyn 2000.
- Mierzwiński B., *Duszpasterstwo rodzin w kontekście śmierci dziecka nienarodzonego*, w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, Kraków 2013.
- Mogielski M., *Skarb w niebie*, w: *Poronienie. Zrozumieć rodziców po stracie*, red. C. Klahs, Poznań 2010.
- Morcinić P., *Ludzkie zwłoki jako obiekt badawczy: dowolność działań czy normowanie?*, „Diametros” (2009), nr 19.
- Myślińska K., *Sytuacja prawna rodziców dziecka poronionego*, w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Kraków 2013.
- Petit A., *I nagle Pan Bóg to dziecko wziął*, w: *Poronienie. Zrozumieć rodziców po stracie*, red. C. Klahs, Poznań 2010.
- Piotrowski J., *Pielęgniarstwo w położnictwie i ginekologii. Podręcznik dla studentów wydziałów pielęgniarstwa akademii medycznych*, Warszawa 1984.
- Rostowska T., *System wartości rodziców i dzieci jako zadanie rozwojowe*, w: *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2000.
- Skrzypczak J., *Poronienie*, w: *Położnictwo i ginekologia. T. 1: Położnictwo*, red. G.H. Bręborowicz, Warszawa 2008.
- Stefańska-Klar R., *O śmierci i jej wielowymiarowym charakterze*, w: *Psychologiczny, teologiczny i społeczno-kulturowy wymiar śmierci i żałoby*, red. N. Ruman, Kraków–Katowice 2011.
- Szawarski Z., *Mądrość i sztuka leczenia*, Gdańsk 2005.
- Ślipko T., *Problem animacji a status antropologiczny i etyczny zygoty wobec możliwości klonowania*, w: *Bioetyka polska*, red. T. Biesaga, Kraków 2004.

- Trąbińska-Haduch M., Kulczycka H., *Anioł przy moim łóżku*, w: *Przebrane narodziny. Strata ciąży w aspekcie psychologicznym, socjologicznym, medycznym i etycznym*, red. E. Dmoch-Gajzlerska, I. Barton-Smoczyńska, Warszawa 2012.
- Troszyński M., *Objawy i dolegliwości występujące w czasie ciąży*, w: *Zdrowie kobiety*, red. I. Roszkowski, Warszawa 1981.
- Wójcik B., *Bioetyka praktyczna Petera Singera*, w: *Systemy bioetyki*, red. T. Biesaga, Kraków 2003.
- Wójcik B., *Status embrionu ludzkiego – stanowisko redukcjonistyczne, relatywistyczne*, w: *Bioetyka polska*, red. T. Biesaga, Kraków 2004.

D. Netografia

www.poronienie.pl (dostęp: 1.06.2018).

E. Korespondencja

Pismo VII.534.18.2015.MO Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 1 czerwca 2016 r. do Przewodniczącego Senackiej Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji.