



Uniwersytet Papieski  
Jana Pawła II  
w Krakowie

Wydział Teologiczny

**STUDIA LICENCJACKIE Z TEOLOGII  
ZE SPECJALIZACJĄ Z TEOLOGII PASTORALNEJ  
DLA PREZBITERÓW W PRZEMYŚLU**

**WYBRANE ZAGADNIENIA  
BIOETYCZNE|W  
PERSPEKTYWIE DUSZPASTERSKIEJ**

**Materiały do wykładu**

**Wykład podstawowy ze specjalizacji  
2017/18 semestr 2**

**Ks. dr Tomasz Picur**

## 1. SYTUACJE USPRAWIEDLIWIONEGO ZASTOSOWANIA ANTYKONCEPCJI

### 1.1. Czy nauczanie Kościoła na temat antykoncepcji ma charakter normatywny czy jedynie opcjonalny?

Po II Soborze Watykańskim w liberalnych kręgach teologów katolickich na Zachodzie pojawiły się poglądy, że Urząd Nauczycielski Kościoła nie ma władzy, by zobowiązywać wiernych do posłuszeństwa wobec głoszonych zasad moralnych. Według tego nurtu, głosu *Magisterium Ecclesiae* ma jedynie charakter dobrej rady, zachęty, propozycji, wobec której wierni są zupełnie wolni – mogą ją rozważyć, ale nie muszą jej uwzględnić w swoim postępowaniu.

Wobec upowszechniania się powyższych poglądów Jan Paweł II przypomniał, że zadaniem Kościoła nie jest jedynie ogólne i niezobowiązujące sugerowanie rozwiązań określonych problemów, ale „rozstrzygnięcie, poprzez wiążące sumienia wiernych sądy normatywne, które działania ze swej natury są zgodne z wymogami wiary i przyczyniają się do jej ukazania w życiu, które zaś są z nimi sprzeczne z powodu ich wewnętrznej zła. Głosząc przykazanie Boże i miłość Chrystusa, Magisterium Kościoła poucza wiernych także o szczegółowych i treściowo określonych nakazach i żąda od nich, by uważali je w sumieniu za moralnie obowiązujące. Wypełnia również doniosłą misję czuwania, ostrzegając wiernych przed ewentualnymi błędami, jakie im zagrażają – choćby tylko pośrednio – gdy ich sumienie nie potrafi uznać słuszności i prawdy zasad moralnych, których naucza Magisterium” (*Veritatis splendor*, nr 110).

Zatem oficjalne nauczanie Kościoła dotyczące moralnych zasad przekazywania ludzkiego życia, zawarte m.in. w encyklice Pawła VI „*Humanae vitae*” jest zobowiązujące w sumieniu – tak dla pasterzy Kościoła (głoszących moralne przesłanie Ewangelii na ambonie czy w konfesjonale), jak i dla wiernych świeckich.

### 1.2. Czy istnieją przypadki usprawiedliwionego zastosowania antykoncepcji?

(Jeśli tak, to: jakie i pod jakimi warunkami?)

Dwa typowe przypadki, w których można mówić o usprawiedliwionym zastosowaniu antykoncepcji, to:

- 1) wymuszenia we współżyciu małżeńskim;
- 2) względy ściśle terapeutyczne.

### 1.2.1. Wymuszenia we współżyciu małżeńskim

W oficjalnym nauczaniu Kościoła kwestia ta ewoluowała w następujący sposób...

- 1853 r. – pytania do Świętego Oficjum w sprawie „niedoskonałych sposobów użycia małżeństwa”:

- 1) o moralną ocenę stosunku przerywanego oraz możliwość użycia prezerwatywy,
- 2) o postawę kobiety wobec męża stosującego prezerwatywę.

Odpowiedzi Dykasterii:

- 1) Takie zbliżenia są niemoralne, nie mogą więc być przedmiotem akceptacji małżonków
- 2) Kobieta nie może pozostać obojętna na taką postawę małżonka i pasywnie uczestniczyć w takim akcie, gdyż dopuściłaby się czynu niedozwolonego.

- 3 kwietnia 1916 r. – Święta Penitencjaria odpowiada na pytanie: Czy żona może współdziałać z mężem, który dążąc do przeżycia przyjemności, chce wymusić na niej zbliżenie przerywane lub stosunek analny, grożąc jej w przypadku odmowy śmiercią lub poważnymi przykrościami?

Odpowiedź: „Jeśli mąż przymusza żonę do współżycia przerywanego, używając poważnych gróźb, może ona zgodzić się na taki akt, gdyż zbliżenie to jest zgodne z naturą, a ona sama nie przeciwstawia się mu z poważnych racji”.

Uwaga:

1. Zbliżenie zgodne z naturą!
2. Poważny powód!

Dykasteria pouczyła, że nawet dla najbardziej poważnych konsekwencji żona nie powinna przyzwalać na akt niezgodny z naturą (np. analny) – w tej sytuacji powinna stawić całkowity możliwy opór (słowny, czynny, fizyczny), nawet przewidując możliwość doznania bardzo poważnej krzywdy ze strony męża.

- Pius XI, encyklika „Casti connubii” (1930 r.): „Wie również doskonale Kościół święty, że nieraz jedna strona znosi raczej aniżeli popełnia grzech, zezwalając z ważnego na ogół powodu, wbrew własnej woli, na naruszenie właściwego porządku. Strona ta jest w takim wypadku bez winy, byleby nie zapomniała o obowiązku miłości bliźniego i drugą stronę starała się od grzechu powstrzymać” (CC II, 1, a).

- Papieska Rada ds. Rodziny, „Vademecum dla spowiedników” (19 lutego 1997).

Małżonek nie ponosi winy za grzech drugiej strony (stosowanie antykoncepcji), jeżeli jego postępowanie spełnia 3 warunki:

1. Współżycie samo w sobie jest zgodne z naturą aktu małżeńskiego
2. Istnieją proporcjonalnie ważne powody dla wyrażenia zgody na takie współżycie
3. Próbuje przekonać współmałżonka decydującego się na grzeszne współżycie, aby zrozumiał swój błąd i zmienił swoje postępowanie. Dialog ten winien być prowadzony cierpliwie, z miłością i wzmocniony modlitwą. Nie musi on jednak mieć miejsca w bezpośrednim kontekście zbliżenia, ani przy każdym zbliżeniu.

Nie chodzi tu o współdziałanie formalne (świadome i dobrowolne, czy tym bardziej inicjatywę takiego działania), a jedynie o współdziałanie materialne.

W przypadkach gwałtu małżeńskiego znajduje zastosowanie zasada uprawnionej obrony własnej, zgodnie z którą każdy ma moralne prawo bronić się przed przemocą i jej niepożądanymi skutkami. Jej aplikację w konkretnych sytuacjach regulują następujące warunki:

- a) zagrożenie musi być realne i bezpośrednie a nie tylko hipotetyczne i „odległe”;
- b) podjęte środki obrony są proporcjonalne do zagrożenia;
- c) zastosowana forma obrony jest rozwiązaniem ostatecznym (po wyczerpaniu innych możliwości uniknięcia zagrożenia lub po stwierdzeniu, że ich zastosowanie jest niemożliwe).

W sytuacji agresji fizycznej, w skrajnym przypadku osoba zaatakowana może nawet pozbawić życia agresora, nie ponosząc za to winy moralnej (całą odpowiedzialność spada na sprawcę, który prowokuje daną sytuację).

W myśl powyższej zasady, osoba doświadczająca przemocy małżeńskiej może sięgnąć po antykoncepcję, która w tym przypadku traktowana jest jako adekwatna forma obrony przed przemocą i jej niepożądanymi skutkami. Jest rzeczą oczywistą, że antykoncepcja nie służy tu

celem hedonistycznym, ani nie jest wymierzona przeciwko miłości małżeńskiej, gdyż gwałt małżeński sam w sobie nie jest aktem miłości małżeńskiej! W takiej sytuacji upada cała teologia aktu małżeńskiego (dobro małżonków, budowanie wzajemnej miłości i jedności, płodność – dziecko jako owoc miłości małżonków itp.).

#### Uwaga!

- 1) W celu obrony przed przemocą i jej niepożądanymi skutkami (ciążą) absolutnie nie można stosować środków o działaniu wczesnoporonnym!!!
- 2) Ze względu na funkcjonujące stereotypy oraz spore nieścisłości (nawet w literaturze promowanej przez uczelnie katolickie) należy uwrażliwić na konieczność precyzyjnego rozróżnienia na środki ściśle antykoncepcyjne i środki o działaniu wczesnoporonnym (nawet jeśli ma ono charakter wtórny).

Do środków o działaniu ściśle antykoncepcyjnym należą jedynie: prezerwatywa (i jej odpowiedniki dla kobiet, tzw. kapturki okluzyjne) oraz kremy, żele, pianki itp. dla kobiet, stosowane dopochwowo, mające działanie plemnikobójcze oraz blokujące transfer plemników w drogach rodnych kobiety. Preparaty te jednak stanowią znikomą część oferty antykoncepcyjnej obecnej na rynku; często są trudno dostępne, niedostatecznie skuteczne i w efekcie rzadko stosowane.

Natomiast wszystkie preparaty określane jako antykoncepcyjne w formie tabletek czy zastrzyków mają w rzeczywistości działanie dwuwymiarowe: pierwszorzędne – antykoncepcyjne, i wtórne – wczesnoporonne! Zasada ich działania polega na powstrzymaniu owulacji u kobiety. Ich skutkiem ubocznym jest jednak m.in. redukcja grubości błony śluzowej macicy, w której dochodzi do implantacji, czyli zagnieżdżenia się zapłodnionego embrionu). Jeśli więc mimo wszystko dochodzi do owulacji i zapłodnienia, to z powodu zmniejszenia grubości endometrium nie może dojść do implantacji embrionu. W rezultacie dochodzi do poronienia na wczesnym etapie rozwoju embrionu (embrion obumiera i zostaje wydalony z dróg rodnych kobiety). Należy o tym pamiętać, także wówczas kiedy penitentki wyznają w konfesjonale, że stosują tzw. tabletki antykoncepcyjne.

Po szczegółowej konsultacji tego zagadnienia m.in. z p. dr Ewą Ślizień-Kuczapską (wykładowca Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, specjalista ginekolog położnik) chcę podkreślić (xT.P.), że NIE ISTNIEJĄ TABLETKI ANTYKONCEPCYJNE (czyli takie, które miałyby działanie wyłącznie antykoncepcyjne). Wszystkie dostępne na rynku środki w postaci

tabletek i zastrzyków są obarczone ryzykiem działania wczesnoporonnego (choć w materiałach promocyjnych tych preparatów nie ma o tym wzmianki; także lekarze często pomijają tę kwestię, udzielając pacjentkom nierzetelnej informacji jakoby były to środki wyłącznie antykoncepcyjne).

### 1.2.2. Interwencje terapeutyczne

„Humanae vitae” 15: „Kościół natomiast uważa za moralnie dopuszczalne stosowanie środków leczniczych, niezbędnych do leczenia chorób, choćby wynikać stąd miała przeszkoda, nawet przewidywana, dla prokreacji, byleby ta przeszkoda nie była z jakichś motywów bezpośrednio zamierzona”.

#### Warunki:

- 1) Cel terapeutyczny jest pierwszorzędny i zamierzony
- 2) Aplikowanie w sytuacji realnej konieczności
- 3) W przypadku zastosowania w celu terapeutycznym środków wczesnoporonnych istnieje **OBOWIĄZEK** powstrzymania się od współżycia!

### 1.3. Antykoncepcja po stosunku?

Kazus koloński: w 2012 r. w Kolonii doszło do gwałtu na 25-letniej kobiecie. Dwie kliniki prowadzone przez fundacje związane z Archidiecezją Kolońską odmówiły jej pomocy, gdyż – w razie stwierdzenia ciąży – byłyby zobligowane do przeprowadzenia aborcji. Postawa lekarzy wywołała burzliwą dyskusję medialną i społeczną, która pociągnęła za sobą falę krytyki wobec zasad moralnych Kościoła.

W tym kontekście głos zabrał również kard. Joachim Meisner, ordynariusz Archidiecezji Kolońskiej, który wyjaśnił, że – zgodnie z nauką Kościoła – w ramach pomocy kobiecie będącej ofiarą gwałtu można podać „preparat, którego działanie polega na uniemożliwieniu zapłodnienia” (nie chodzi więc o pigułkę wczesnoporonną, ale o środek ściśle antykoncepcyjny). Wypowiedź ta wywołała kolejne kontrowersje, gdyż trudno było ustalić jaki środek Kardynał konkretnie miał na myśli. Wielu specjalistów mówiło wprost, że medycyna nie dysponuje takimi preparatami.

W celu wyjaśnienia nieścisłości osobiście konsultowałem (xT.P.) ten temat z prof. B. Chazanem, który wymieniał przynajmniej kilka możliwości działania po stosunku, jednak za

każdym razem przyznawał, że wszystkie z dostępnych preparatów pociągałyby za sobą wielkie ryzyko działania wczesnoporonnego. Z tego względu prof. Chazan stwierdził, że obecnie nie zna żadnego środka, który można by określić jako formę antykoncepcji po stosunku!!!

Warto dodać, że oczywiście istnieje teoretyczna możliwość takiego działania, gdyż czas od stosunku do zapłodnienia może wynosić nawet kilka dni (w zależności od momentu owulacji u kobiety). Hipotetycznie istnieje więc względnie długi czas po stosunku na interwencję antykoncepcyjną. Póki co jednak medycyna nie dysponuje metodą gwarantującą bezpieczny skutek antykoncepcyjny, bez ryzyka poronienia.

#### 1.4. Sytuacje problematyczne

Należy tu zakwalifikować przypadki, w których małżonkowie z poważnych przyczyn nie mogą realizować pożycia małżeńskiego we właściwej formie.

Przykłady:

1) Małżeństwo z kilkuletnim stażem; mąż jest nosicielem wirusa HIV.

Pytanie: Czy może współżyć z użyciem prezerwatywy?

2) Małżeństwo z kilkuletnim stażem. Żona zapada na chorobę nowotworową i podejmuje chemioterapię. Lekarz prowadzący zastrzega, że terapia może potrwać dosyć długo i jednocześnie stwierdza, że w tym czasie kobieta absolutnie nie może zająć w ciążę, gdyż zmiana gospodarki hormonalnej organizmu nie tylko zniweczy pozytywne skutki wcześniejszej terapii, ale też znacznie pogorszy kondycję pacjentki i rokowania na przyszłość.

Pytanie: Czy takie małżeństwo może współżyć z zastosowaniem antykoncepcji, czy powinno powstrzymać się od współżycia?

W oficjalnym nauczaniu Kościoła nie znajdujemy zapisów, które w powyższych (i podobnych) przypadkach pozwalałyby na stosowanie antykoncepcji. Szczegółowa analiza tych przypadków prowadzi do konkluzji, że autentyczna miłość nakazuje powstrzymanie się od współżycia, gdyż jest to jedyna pewna forma uniknięcia zagrożenia dla zdrowia i życia drugiej osoby (antykoncepcja jedynie zmniejsza to zagrożenie, ale go nie wyklucza). Jeśli więc współmałżonek nalega na współżycie, oznacza to *de facto*, że jego postawa nie jest wyrazem

miłością, lecz zwykłym egoizmem, gdyż zaspokojenie własnych potrzeb jest dla niego ważniejsze niż zdrowie i życie współmałżonka!

Gdyby jednak para znajdująca się w trudnej sytuacji (jak np. powyższe) zdecydowała się na współżycie z zastosowaniem antykoncepcji, w konkretnych przypadkach (jest to kwestia indywidualnego rozeznania) kategoria grzechu mogłaby zostać zredukowana do grzechu powszedniego. P.S.

Obiektywne zło działania ≠ osobista odpowiedzialność moralna (wina, grzech).

Czynniki redukujące osobistą odpowiedzialność moralną to m.in.: niewiedza (zwłaszcza niezawiniona i niepokonalna), silne stany emocjonalne, przymus, strach, nałogi, zaburzenia psychiczne.

Gdyby czynniki te występowały w danej sytuacji, w poważnym stopniu warunkując działanie danej osoby, wówczas zastosowanie antykoncepcji można by uznać np. za grzech jedynie powszedni.

## 2. POGRZEB DZIECI NIENARODZONYCH

### 2.1. Aspekty teologiczne

Międzynarodowa Komisja Teologiczna – „Nadzieja zbawienia dla dzieci, które umierają bez chrztu” (19.01.2007).

#### Racje teologiczne:

1. Powszechna wola zbawcza Boga
2. Powszechność grzechu i prawda o grzechu pierwotnym
3. Konieczność Kościoła
4. Konieczność chrztu (sakramentalnego...)

#### Racje nadziei:

1. Nowy kontekst:

Wszędzie ludzie gorszą się cierpieniem dzieci i chcą, aby dzieci mogły realizować w pełni swoje możliwości. W takim kontekście Kościół oczywiście przywołuje i na nowo rozważa różne teksty nowotestamentalne, które mówią o preferencyjnej miłości Jezusa: „Dopuszczcie dzieci i nie przeszkadzajcie im przyjsć do Mnie; do takich bowiem należy królestwo niebieskie” (Mt 19,14; por. Łk 18,15-16); „Kto przyjmuje jedno z tych dzieci w imię moje, Mnie



przyjmuje” (Mk 9,37); „Jeśli się nie odmienicie i nie staniecie jak dzieci, nie wejdziecie do królestwa niebieskiego” (Mt 18,3); „Kto się więc unży jak dziecko, ten jest największy w królestwie niebieskim” (Mt 18,4); „Lecz kto by się stał powodem grzechu dla jednego z tych małych, którzy wierzą we Mnie, temu byłoby lepiej kamień młyński zawiesić u szyi i utopić go w głębi morza” (Mt 18,6); „Strzeżcie się, żebyście nie gardzili żadnym z tych małych; albowiem powiadam wam:

Aniołowie ich w niebie wpatrują się zawsze w oblicze Ojca mojego, który jest w niebie” (Mt 18,10). Kościół odnawia więc swoje zaangażowanie, by ukazać miłość i troskę, którą sam Chrystus okazał dzieciom.

2. Miłosierna filantropia Boga – hojność Bożej łaski i zbawczej mocy nie ogranicza się tylko do sakramentów.

3. Solidarność z Chrystusem – przyjmując ludzkie ciało Chrystus zjednoczył się z każdym człowiekiem.

4. Kościół i komunie świętych.

Św. Paweł naucza, że niewierzący małżonek chrześcijanina zostaje „uświęcony” przez wierzącego męża lub wierzącą żonę, a także że ich dzieci są „święte” (1Kor 7,14). Zostaje w ten sposób przedziwnie zilustrowane, w jaki sposób świętość, która jest w Kościele, rozciąga się na osoby pozostające poza jego widzialnymi granicami, w tym przypadku na więzi rodzinne między mężem i żoną w małżeństwie oraz między rodzicami i dziećmi. Św. Paweł zakłada, że małżonek i dziecko chrześcijanina wierzącego, na mocy więzi rodzinnej, mają jakiś związek z przynależnością do Kościoła i ze zbawieniem; ich sytuacja rodzinna „zakłada jakieś wprowadzenie w Przymierze”. Słowa Pawła nie dają żadnej gwarancji zbawienia dla małżonka (por. 1Kor 7,16) lub dla dzieci nieochrzczonych, ale w sposób oczywisty, jeszcze raz, dostarczają motywów nadziei.

5. *Lex orandi, lex credendi*

Modlitwa liturgiczna odzwierciedla, a równocześnie formuje *sensus fidei* Kościoła łacińskiego w odniesieniu do losu dzieci, które umierają bez chrztu: *Lex orandi, lex credendi*.

**KKK 1261:** „Jeśli chodzi o dzieci zmarłe bez chrztu, Kościół może tylko polecać je miłosierdziu Bożemu, jak czyni to podczas przeznaczonego dla nich obrzędu pogrzebu. Istotnie, wielkie miłosierdzie Boga, «który pragnie, by wszyscy ludzie zostali zbawieni» (1Tm 2,4), i miłość Jezusa do dzieci, która kazała Mu powiedzieć: «Pozwólcie dzieciom przychodzić do Mnie, nie przeszkadzajcie im» (Mk 10,14), pozwalają nam mieć nadzieję, że istnieje jakaś droga zbawienia dla dzieci zmarłych bez chrztu. Tym bardziej naglące jest wezwanie Kościoła, by nie przeszkadzać małym dzieciom przyjść do Chrystusa przez dar chrztu św.».

**Konkluzja: 103.** Zostało nam objawione, że zwyczajna droga zbawienia przechodzi przez sakrament chrztu. Żadne z wyżej przedstawionych rozważań nie może być wykorzystane do pomniejszenia konieczności chrztu ani do odkładania jego udzielania. Istnieją raczej poważne racje, jak chcemy tutaj na końcu potwierdzić, by mieć nadzieję, że Bóg zbawi te dzieci, ponieważ nie można było uczynić dla nich tego, co chciałoby się uczynić, to znaczy ochrzcić je w wierze i w życiu Kościoła.

## 2.2. Aspekty psychologiczne

Doświadczenie śmierci dziecka rodzi negatywne emocje. Rodzice mają do nich prawo i nie mogą bać się ich wyrażać. Utratę dziecka trzeba wypłakać. Należy przy tym pamiętać o odmiennym sposobie przeżywania przez rodziców śmierci dziecka, co wynika z naturalnego zróżnicowania płciowego psychiki kobiety i mężczyzny. Szczególną potrzebą kobiety jest ekspresja uczuć i rozmowa. Mężczyzna woli przeżywać swój smutek na osobności, w ciszy, i nie zawsze uzewnętrznia swoje emocje. Odmiennosc tych reakcji nie oznacza, że którykolwiek z rodziców mniej przeżywa tę stratę, mniej ceni sobie rodzicielstwo, obdarza *gorszą* miłością dziecko, które odeszło. To nie prawda. Każdy jest pełnowartościowym rodzicem, troskliwą matką i czułym ojcem.

Pożegnanie ze zmarłym dzieckiem jest niezwykle istotne. Oddanie szacunku ciału zmarłego przez godziwe złożenie jego szczątków lub zwłok do rodzinnego grobu pomoże rodzicom w przeżyciu żałoby. W świadomości społecznej funkcjonuje wiele fałszywych przekonań dotyczących pogrzebu dziecka zmarłego w niepowodzeniu położniczym. Niektóre osoby z otoczenia mogą odradzać pogrzeb, przekonując, że grób dziecka będzie tylko potęgował ból i nie pozwoli zapomnieć o stracie. Są to błędne opinie. Nie można zapomnieć o zmarłym dziecku ani zastąpić go innym. Dziecko, które odeszło, było ukochane, jedyne i

niepowtarzalne; było owocem miłości rodziców i stało się już na zawsze członkiem tej rodziny. Zmarłe dziecko także należy do wspólnoty rodzinnej. Dziecko nie jest wrogiem dobrostanu psychicznego. Wręcz przeciwnie, oddanie szacunku jego ciału zapewni wewnętrzny pokój.

Pogrzeb dziecka utraconego niezależnie od wyznawanego światopoglądu jest konieczny dla właściwego przepracowania żałoby. Pozostawiając ciało dziecka w szpitalu i próbując wypierać jego stratę jako zdarzenie niedokonane, rodzice wyrządzają sobie krzywdę. Choć dzisiaj może się to wydawać dobrym i łatwym rozwiązaniem, to z biegiem czasu mogą doświadczać poczucia winy, przeżywać niepokoje, co stało się z ciałem dziecka, czy zostało uszanowane. Pogrzeb utraconego dziecka jest zarazem prawem i powinnością moralną rodziców. Pochówek przynależy dziecku ze względu na posiadaną przez nie godność osobową w krótkim, prenatalnym życiu oraz z uwagi na pietyzm wobec ludzkich zwłok. Niedopełnienie moralnej powinności pogrzebu może skutkować zaburzeniami w zamknięciu okresu żałoby, a nawet wystąpieniem syndromu pustego grobu, czyli doświadczenia poczucia żalu i winy z powodu niezłożenia do grobu ciała dziecka z szacunkiem należnym osobie ludzkiej.

Jeśli rodzice utracili dziecko w tygodniu ciąży, w którym jego płci nie można jeszcze określić bez badań genetycznych, i decydują się na zorganizowanie pogrzebu, dysponują dwoma wariantami organizacji pochówku. Pierwszy wariant wymaga przeprowadzenia badań genetycznych. Dzięki identyfikacji płci będzie możliwe sporządzenie karty martwego urodzenia, karty zgonu i aktu urodzenia dziecka, który zastępuje akt zgonu dla dzieci martwo urodzonych (poronionych). Akt urodzenia dziecka uprawnia rodziców do otrzymania pełnej pomocy socjalnej: zasiłku pogrzebowego, zasiłku macierzyńskiego, urlopu macierzyńskiego w wymiarze 56 dni. Drugi wariant organizacji pogrzebu dotyczy sytuacji, w której rodzic rezygnuje z wykonania badań genetycznych. Tym samym płeć pozostanie nieustalona. W tym przypadku pogrzeb jest również możliwy. Koniecznie należy złożyć na oddziale wnioski o sporządzenie karty zgonu dla celów pochówku. Rodzice otrzymują wówczas kartę zgonu, która uprawnia ich do wyprawienia pogrzebu. Bez znajomości płci nie będzie jednak możliwe sporządzenie aktu urodzenia dziecka, dlatego rodzice nie uzyskają żadnej pomocy socjalnej. Koszty pogrzebu będą musieli pokryć z własnych środków.

### **2.3. Aspekty praktyczne**

Co robić i co przysługuje w Polsce przy stracie dziecka nienarodzonego?

#### **Pogrzeb dziecka poronionego samoistnie i martwo urodzonego**

W dokumentacji koniecznej do wyprawienia pogrzebu i aktach stanu cywilnego poronienie samoistne traktowane jest jako martwe urodzenie.

**2.3.1. Gdy płeć dziecka jest znana bądź ustalona w badaniu genetycznym** (badanie nie jest refundowane)

**Osoby uprawnione do organizacji pogrzebu:**

- najbliższa rodzina: krewni wstępni, krewni poboczni
- każda osoba, która się do tego dobrowolnie zobowiąże

**Rejestracja martwego urodzenia w Urzędzie Stanu Cywilnego jest obligatoryjna**

**Uprawnienia socjalne rodziców:**

- zasiłek macierzyński (56 dni)
- urlop macierzyński
- zasiłek pogrzebowy

**Wymagane dokumenty:**

- karta zgonu
- karta martwego urodzenia
- akt urodzenia dziecka z adnotacją o martwym urodzeniu

Kartę martwego urodzenia i kartę zgonu szpital sporządza z urzędu.

**\*Lekarze uprawnieni do wydania karty zgonu i karty martwego urodzenia:**

- lekarz oddziału szpitalnego
- lekarz pogotowia ratunkowego
- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej
- lekarz, który w ciągu ostatnich 30 dni udzielał ciężarnej świadczeń medycznych

**Etapy organizacji pogrzebu:**

**1. Szpital:**

- 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

## 2. **Urząd Stanu Cywilnego:**

- 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)

## 3. **Wybór firmy pogrzebowej**

4. Odebranie ciała dziecka ze szpitalnego **prosektorium** przez firmę pogrzebową

## 5. **Administracja cmentarza:**

- przedstawienie aktu urodzenia dziecka i karty zgonu – część przeznaczona dla administracji cmentarza
- ustalenie daty pogrzebu i miejsca złożenia zwłok

## 6. **Kancelaria kościoła parafialnego lub rektoralnego cmentarza:**

- przedstawienie aktu urodzenia dziecka
- ustalenie daty i formy pogrzebu

7. Przygotowanie ciała dziecka do pogrzebu

8. Liturgia pogrzebowa

9. Złożenie wniosków w **Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych** o wypłatę zasiłku pogrzebowego i macierzyńskiego

10. Złożenie wniosku o udzielenie urlopu macierzyńskiego w **zakładzie pracy matki**

### **2.3.2. Gdy płeć dziecka pozostaje nieznana i rodzice rezygnują z jej ustalenia w badaniu genetycznym**

**Osoby uprawnione do organizacji pogrzebu:**

- najbliższa rodzina: krewni wstępni, krewni poboczni
- każda osoba, która się do tego dobrowolnie zobowiąże

**Rejestracja martwego urodzenia** w Urzędzie Stanu Cywilnego **nie jest wymagana**

**Uprawnienia socjalne rodziców:**

- rodzice nie otrzymują żadnej pomocy socjalnej
- koszty pogrzebu muszą ponieść we własnym zakresie

**Wymagane dokumenty:**

- karta zgonu dla celów pochówku w części przeznaczony dla administracji cmentarza

Rodzice są zobowiązani do złożenia wniosku o wydanie karty

zgonu. **Lekarze uprawnieni do wydania karty zgonu:**

- lekarz oddziału szpitalnego
- lekarz pogotowia ratunkowego
- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej
- lekarz, który w ciągu ostatnich 30 dni udzielał ciężarnej świadczeń medycznych

**Etapy organizacji pogrzebu:**

## 1. Szpital:

- złożenie wniosku o wydanie karty zgonu w części przeznaczony dla administracji cmentarza
- uzyskanie zwolnienia poszpitalnego dla roniącej matki
- uzyskanie karty zgonu

2. Wybór **firmy pogrzebowej**3. Odebranie ciała dziecka ze szpitalnego prosektorium przez **firmę pogrzebową**4. **Kancelaria kościoła parafialnego lub rektoralnego cmentarza:**

- przedstawienie karty zgonu dziecka
- ustalenie daty i formy pogrzebu

## 5. Administracja cmentarza:

- przedstawienie karty zgonu dziecka
- ustalenie daty pogrzebu i miejsca złożenia zwłok

6. Przygotowanie ciała dziecka do pogrzebu

7. Liturgia pogrzebowa

### **2.3.3. Liturgia pogrzebowa dziecka zmarłego bez chrztu:**

- pierwsza 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, celebrować się mszę świętą pogrzebową dziecka nieochrzczonego lub liturgię słowa wraz z obrzędem ostatniego pożegnania
- mszę świętą pogrzebową można sprawować w innym czasie bez obecności ciała dziecka

### **Katolicki pogrzeb dziecka zmarłego bez chrztu nie jest znaną przed Soborem**

#### **Watykańskim II praktyką pokropku, lecz liturgią pogrzebową.**

„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 nieochrzczonego. Aby w umysłach wiernych nie zacierała się nauka o konieczności chrztu, należy ją przypominać w katechizacji dzieci i młodzieży” (OP nr 22e).

.....

### **2.3.4. Każde dziecko ma prawo**

Wielu rodziców nie ma świadomości, że mogą pochować swoje dziecko utracone na każdym etapie ciąży. Taki pochówek stał się możliwy od 2006 r., dzięki nowelizacji Przepisów w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi z 20 stycznia 2007 r. Minister zdrowia Zbigniew Religa doprecyzował zapis definicji zwłok, określając, że „za zwłoki ludzkie uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży”. Równocześnie znowelizowano przepisy dotyczące karty zgonu, zgodnie z którymi jest ona

wypełniana dla osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na długość trwania ciąży, na wniosek osób uprawnionych do pochowania. Takie zapisy przepisów prawnych umożliwiły pochowanie każdego dziecka, niezależnie od czasu trwania ciąży.

Niestety, praktyka nie nadąża za zmianami prawnymi. Zdarza się, że pracownicy szpitali nadal nie znają tych wytycznych, więc nie informują o nich rodziców.

*– Gdy w 2011 r., w piątym tygodniu ciąży traciłam dziecko, poinformowałam lekarza wykonującego zabieg łyżeczkowania, że chcę je pochować – mówi Magdalena Krajewska. – Lekarz bardzo na mnie nakrzyczał. „Co, pani chce to pochować?!” – usłyszałam. „Przecież tu będzie więcej pani szczątek niż dziecka”. Narzekał też, że będzie miał papiery do wypełniania. Byłam niezłomna – ponieważ jako pracownik poradni rodzinnej wiedziałam, jakie przysługują mi prawa. Później zaczęłam myśleć o osobach, które tej wiedzy nie mają. Zaangażowaliśmy się z mężem w działania informacyjne, by poszerzać świadomość pracowników medycznych, którzy są przy zabiegu, oraz matki i ojca dziecka utraconego.*

### 3. PATOLOGIE ROZWOJOWE PŁODU LUDZKIEGO

#### 1. Płód anencefaliczny

Anencefalia – powyższe określenie oznacza dosłownie „bez mózgu”, co jednak nie jest dostatecznie precyzyjne. Dziecko obciążone tym defektem nie posiada wprawdzie części głównej czaszki i części mózgu, natomiast ma rozwinięty rdzeń (pień) mózgu.

Główka dziecka przestaje rosnąć na poziomie brwi dziecka. W większości przypadków czaszka pozostaje otwarta; wielkość otworu jest bardzo zróżnicowana. Pozostałe części ciała są rozwinięte normalnie. W czasie ciąży dziecko rozwija się normalnie w łonie matki, po porodzie jednak wskutek braku części mózgowia, organizm dziecka nie podejmuje życiowych funkcji. Jako pierwszy zawodzi system oddechowy. Większość dzieci umiera już w czasie porodu, a te które go przeżywają żyją najdłużej 1 dzień. Medycyna nie jest w stanie (mimo wczesnej diagnozy) skutecznie leczyć tej choroby.

Krytyczny czas powstawania wady to 2-3 tydzień życia płodowego (u człowieka).

Dokładne przyczyny nie są znane. Prawdopodobnymi czynnikami są parametry genetyczne i/lub środowiskowe (substancje chemiczne, promieniowanie jonizujące).



Bezmózgowie całkowite (łac. anencephalia totalis) – brak tyłomózgowia powoduje niezdolność płodu do samodzielnego przeżycia. Nie wykształca się kostna pokrywa czaszki oraz nie wykształcają się zawiązki pęcherzyków wzrokowych – bezocze. Wada powstaje przed 3 tygodniem życia płodowego. Mogą tej wadzie towarzyszyć inne, np.: brak rdzenia, przepukliny oponowo – rdzeniowe; poza układem nerwowym: agenezja (zaburzenie rozwojowe polegające na niewykształceniu się zawiązka danego narządu, a w konsekwencji na braku danego narządu) nadnerczy, przysadki, tarczycy, nerek, wady kończyn.

Bezmózgowie częściowe (łac. anencephalia partialis) – gdy wada powstaje między 3-4 tyg. Obecne mogą być zawiązki pęcherzyków wzrokowych; wytworzony jest zazwyczaj trzeci pęcherzyk, dający załążek tyłomózgowia.

W bezmózgowiu całkowitym płody rodzą się martwe. Obserwuje się zazwyczaj całkowity brak pokrywy kostnej – obecny jest miękki, żywoczerwony worek łącznotkankowy.

W bezmózgowiu częściowym czas przeżycia płodu to kilka godzin, rzadziej dni. Są zdolne do krótkiego przeżycia z uwagi na zachowane niektóre struktury tylnego mózgowia (ośrodki krążenia i oddychania). Napięcie mięśni jest podwyższone, odruchy chwytne są bardzo mocne, dominuje również żywa motoryka spontaniczna i odruchowa.

Ciąża, podczas której u płodu zdiagnozowano anencefalię może przebiegać dalej, zdrowiu matki nic nie zagraża a zbędne wody płodowe można usuwać metodą punktową.

W opinii lekarzy dziecko z taką wadą układu nerwowego, jaką jest anencefalia nie widzi oraz nie odczuwa bólu. Często słyszy się, że dziecko jest jak roślina, lecz doświadczenia rodziców odbiegają znacznie od tej opinii(!!!). Niektóre dzieci są w stanie połykać, jeść, płakać. Reagują na dotyk a nawet światło. A jeśli tak, to znaczy, że są w stanie doświadczać ciepła, czułości i miłości.

## 2. Zaśniad groniasty

Powstaje wskutek niewłaściwego rozwoju zygoty już na pierwszym etapie rozwoju.

Plemniki wnika do komórki jajowej i po wielogodzinnym procesie powstaje zygota. Zygota jest zazwyczaj diploidalna, czyli – jak wszystkie komórki człowieka, z wyjątkiem rozrodczych(!) – posiada dwa zestawy chromosomów (po 23 sztuki – 46XX lub 46XY zależnie od płci) pochodzących odpowiednio z jajeczka i plemnika. Z dzielącej się zygoty właśnie podczas tzw. bruzdkowania powstają kolejno identyczne komórki zwane blastomerami tworzące złożoną z jednakowych komórek morulę, kulkę podobną do **owocu morwy** (*morus* to morwa po łacinie). Znowu jest to proces dość czasochłonny – etap 16 małych kuleczek (blastomerów) w moruli osiągamy po około 4 dniach od zapłodnienia, po czym zachodzi dość

istotna zmiana – komórki **zaczynają się różnicować**: łączą się w grupy, z których następnie wykształcają się różne typy komórek zróżnicowanych (wyspecjalizowanych). Na tym właśnie etapie zarodek zacznie zagnieżdżać się w ścianie macicy.

W przypadku ciąży zaśniadowej cały ten proces zostaje wypaczony już na etapie zapłodnienia. Otóż zaśniad całkowity zazwyczaj zaczyna się od jajeczka uszkodzonego, „pustego”, które utraciło swoje jądro komórkowe. W większości pojedynczy plemnik wnikający do takiego pustego jajeczka ulega po prostu podwojeniu, dając początek już diploidalnej zygotie o pełnym garniturze chromosomów 46XX (zygota z podwójnym chromosomem Y nie przeżywa, ze względu na **umiejscowione na nim geny** przynajmniej jeden chromosom X jest do przeżycia niezbędny) – owszem, dobrze rozumiecie, większość (85-90%) zaśniadów całkowitych to dziewczynki. A skąd się bierze mniejszość? Cóż, nadal dysponujemy pustym jajeczkiem pozbawionym materiału genetycznego, jednak tym razem na swej drodze spotyka ono dwa plemniki wystarczająco sprawne, by się przebić. Nazywamy takie zjawisko dispermią (u człowieka polispermia jest zjawiskiem rzadkim i patologicznym, u zwierząt **bywa z tym różnie**), a jego efektem w przypadku zaśniadu całkowitego będzie zygota złożona także, jak w tym pierwszym przypadku, z materiału wyłącznie męskiego, „ojcowskiego”, mająca jednak szansę na “chłopięcy” zestaw chromosomów (46XY), o ile jeden z plemników niósł ze sobą chromosom Y. Nadal jednak jedynym materiałem genetycznym pozostawionym zaśniadowemu zarodkowi przez kobietę jest **genom mitochondrialny (mitochondria to swoiste mikroelektrownie obecne w komórkach; posiadają własny genom, podobny do bakteryjnego)**.

Zaśniadowa zygota dysponuje jedynie materiałem genetycznym pochodzącym z plemnika/plemników okazuje się mieć olbrzymie znaczenie. Geny pochodzenia „ojcowskiego” są u człowieka kluczowe dla rozwoju trofoblastu, czyli tej łożyskowej części zarodka, podczas gdy geny pochodzące z jajeczka – w części, z której docelowo ma powstać płód.

Nawet **ok. 20%** zaśniadów całkowitych ulega przekształceniu w zaśniad inwazyjny i to jest moment, kiedy taki zdefektowany embrión zaczyna być naprawdę niebezpieczny dla matki. Nie oznacza to wcale, oczywiście, że jako zmiana sama w sobie jest stanem bezpiecznym – bywa groźny już przez samą swoją obecność. Znane są przypadki, gdy ciąża zaśniadowa wikłana była pęknięciem macicy, choć jest to częstszym powikłaniem w przypadku zaśniadu inwazyjnego, gdyż ten właśnie, jak sama nazwa wskazuje, wiąże się z naciekaniem w głąb ściany macicy, przez co jest ona dużo podatniejsza na uszkodzenie. Ale to nie jedyny problem – zaśniad inwazyjny nie tylko nacieka, ale również **przerzuca** (20-40% przypadków). Rzadszą (około 2-3%), choć znacznie groźniejszą konsekwencją zaśniadu całkowitego może

jednak być coś, co przerzutuje znacznie częściej – rak kosmówki. Nie jest to jednostka chorobowa pojawiająca się wyłącznie jako powikłanie ciąży zaśniadowej – kosmówczak może rozwinąć się po zaśniadzie groniastym (50% przypadków), ale też po poronieniu (25%), po porodzie (20%) oraz po ciąży ektopowej (bardzo rzadko może też rozwinąć się jako pierwotny nowotwór złośliwy narządów płciowych tak u kobiet, jak i u mężczyzn). Ponad 90% pacjentek w momencie wykrycia nowotworu ma już przerzuty w płucach. Szczęśliwie, na czas wykryty kosmówczak złośliwy **dobrze** reaguje na **chemioterapię** (choć chemiooporność lub nawroty choroby obserwuje się u **około 20-30%** chorych, zwłaszcza z grup o wyższym ryzyku).

Najważniejsze zastrzeżenie związane jest z bardzo rzadką sytuacją, w której zaśniad groniasty występuje podczas ciąży bliźniaczej i współistnieje z żywym, zdrowym płodem. To bardzo rzadkie, oczywiście – szacuje się, że z podobną ciążą można się zetknąć raz na mniej więcej 200 zaśniadów (które przecież same w sobie również są nieczęste – 1:600-2000 ciąż), mowa zatem o jednej na 22000–100000 ciąż. Nie ma tu jednoznacznych wytycznych. Utrzymanie podobnej ciąży jest możliwe **w części przypadków** (nawet **do 40% według części autorów**), jednak kosztem **zwiększenia ryzyka** rozwoju wspomnianych zmian nowotworowych (**u ponad 40%** rozwija się tzw. przetrwała choroba trofoblastyczna) tudzież innych powikłań (krwotoki, rzucawka, pęknięcie macicy, etc), **decyzję o ewentualnej kontynuacji** ciąży zatem zwykło się pozostawiać pacjentce. **Nie wszędzie jednak, jak się okazuje.**

Prof. Nicanor Pier Giorgio Austriaco:

„...istnieją dobre powody, by uznać, że zaśniad całkowity w ogóle zarodkiem nie jest. W skrócie, zaśniad całkowity nie dysponuje pełnym, funkcjonalnym genomem, zatem brakuje mu już od początku, pewnych cząsteczek, co radykalnie zmienia jego trajektorię rozwojową. Zamiast przekształcić się w zorganizowaną strukturę złożoną ze zróżnicowanych komórek, zaśniad rozwija się w guz pochodzenia zarodkowego z jednej linii komórek pochodzenia łożyskowego. (...) Razem wzięte dane sugerują, że zaśniad całkowity nie może być i nie jest żadną formą jednolitego organizmu już ab initio. Innymi słowy, od samego początku nie jest indywidualnym członkiem konkretnego gatunku biologicznego wyróżniającego się konkretną gatunkowo specyficzną trajektorią rozwojową, na którą składa się sekwencyjny i uporządkowany obraz zróżnicowanych komórek i tkanek. Zatem nie może być organizmem. Nie jest zarodkiem. (...)

### 3. Potworniak

Potworniak (łac. teratoma, z gr. τέρας dop. τέρατος /téras, tératos/ = potwór, dziwo, cud + gr. -oma - przyrostek oznaczający zmianę guzowatą) – nowotwór wywodzący się z wielopotencjalnych komórek zarodkowych), w którym dochodzi do ich rozrostu i różnicowania się w linie zawierające cechy wszystkich listków zarodkowych, a mianowicie ektodermy, endodermy i mezodermy. Czasami spotyka się w nich także utkanie „czwartego” listka zarodkowego, a mianowicie komórki trofoblastu (komórki łożyska). Guzy te nie mają jednorodnej budowy histologicznej, stanowią mieszaninę bezładnie przemieszanych, rozmaitych tkanek.

Zgodnie z zaleceniami klasyfikacji nowotworów potwornikiem dojrzałym (łac. teratoma maturum albo teratoma adultum) określany jest taki nowotwór, który zawiera utkanie dojrzałych (czyli w pełni zróżnicowanych) tkanek endodermalnych (nabłonki gruczołowe, np. ślinianek, utkanie gruczołów dokrewnych, nabłonek jelitowy, nabłonek urzęsiony oskrzeli), mezodermalnych (np. ogniska chrzęstne, komórki mięśni gładkich, tkanki tłuszczowej) oraz ektodermalnych (utkanie naskórka, gleju).

Najczęściej spotykaną odmianą potwornika dojrzałego jest torbiel skórzasta (łac. cystis dermoidalis), która powstaje wyłącznie ze struktur ektodermalnych (głównie naskórka i jego przydatków). Torbiel skórzasta zawiera w pełni ukształtowane włosy, gruczoły łojowe wydzielające łój naskórkowy, gruczoły potowe, a niekiedy także zdeformowane zęby. Zalecenia klasyfikacyjne nakazują uznawać ją za odrębny typ guza, ale jest to *de facto* potworniak dojrzały z jednego listka zarodkowego.

Niektóre tkanki tworzące potworniki dojrzałe mogą wytwarzać w nadmiarze hormony, prowadząc do zaburzeń hormonalnych.

W potworniku może dojść do rozwoju raka potworniakowego. Są to postacie nowotworów złośliwych.

\*\*\*W tym miejscu należałoby podać kryteria status ontycznego bytu ludzkiego, na podstawie których jednostkę gatunku *homo sapiens* kwalifikuje się jako osobę.

Na płaszczyźnie etyki i antropologii toczy się współcześnie spór przebiegający zasadniczo między etyką świętości ludzkiego życia a etyką jakości ludzkiego życia...

Zainteresowanych odsyłam m.in. do publikacji P. Singera pt. „Wyzwolenie zwierząt” oraz „O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej”. Rzetelne omówienie tego zagadnienia można znaleźć również w: B. Wójcik, „Bioetyka i tożsamość człowieka”, Tarnów 2007.

Bez wnikania w etyczno-antropologiczne analizy tej kwestii, tytułem podsumowania niniejszego tematu, wystarczy podkreślić, że z punktu widzenia bioetyki katolickiej płód anencefaliczny – mimo bardzo poważnego defektu – traktowany jest jako płód ludzki. W związku z czym objęty jest ochroną życia i próba jego usunięcia ma charakter zamachu na ludzkie życie.

Natomiast przypadki zaśniadu groniastego i potworniaka, mimo ludzkich parametrów genetycznych, nie wykazują cech samoorganizującej się jednostki ludzkiej. Z tego powodu, jak również ze względu na zagrożenie, jakie stanowią dla organizmu kobiety kwalifikują się do usunięcia.