



ABORCJA

bolesna nieobecność



Polskie ustawodawstwo dość dobrze chroni życie dzieci nienarodzonych. Można by więc spojrzeć na laurach i zamknąć temat w poczuciu samozadowolenia, bo „Ileż można rozmawiać o aborcji?!”. Tylko tak się nie da. Każdego dnia z dobrego samopoczucia wyrwyją mnie tragiczne historie kobiet, które uwierzyły w naiwną opowieść o aborcji jako „leku” na całe zło. I szukają tego „leku” u sprzedawców aborcji farmakologicznej albo w zagranicznych klinikach...

Tę publikację przygotowałam z myślą nie tylko o dzieciach nienarodzonych, ale również w poczuciu odpowiedzialności za ich matki i ojców. Bo oni też będą ofiarami tego nieludzkiego proceduru.

Potępiając aborcję, nie potępiamy człowieka. Bo matka, która musi się zmierzyć z jedną z najtrudniejszych życiowo sytuacji, jaką jest nieplanowana ciąża, potrzebuje, by ktoś usłyszał jej lęk. Potrzebuje osób, które zapewnią jej profesjonalne wsparcie: psychologiczne, finansowe, prawne, medyczne. Wreszcie kobieta-matka potrzebuje odpowiedzialnego partnera, który zaopiekuje się i nią, i dzieckiem, ocalając ich od aborcji. Ich oboje.

Mamo, jeśli stoisz przed decyzją: pozwolić żyć czy życie odebrać, pamiętaj: zasługujesz na więcej, niż pseudopomoc, jaką jest aborcja. Zasługujesz na coś lepszego!

Magdalena Guziak-Nowak
dyrektor ds. edukacji Polskiego
Stowarzyszenia Obrońców Życia Człowieka

Źródła wszystkich badań i linki do materiałów video są dostępne w elektronicznej wersji "Biblioteczki Pro-Life" nr 3 na www.pro-life.pl/materialy-edukacyjne

HISTORIA

1920 – Pierwszym krajem na świecie, który 18 listopada 1920 r. zalegalizował zabijanie nienarodzonych dzieci, był Związek Radziecki z Leninem na czele.

1932 – Ogłoszenie polskiego Kodeksu Karnego. Aborcja jest karalna z wyjątkiem dwóch sytuacji: ratowania życia kobiety i przerwania ciąży powstałej w wyniku przestępstwa.

1933 – Adolf Hitler, dążąc do utworzenia „rasy panów”, doprowadził w 1933 r. do legalizacji zabijania niemieckich nienarodzonych dzieci, które mogły posiadać wady wrodzone.

1943 – Na terenie Polski po raz pierwszy prawnie narzucono pełną dopuszczalność aborcji 9 marca 1943 r. Rozporządzenie hitlerowskiego okupanta (Verordnung) zezwalało Polkom na nieograniczone żadnymi sankcjami zabijanie polskich nienarodzonych dzieci. Hitler powiedział: „**Osobiście zastrzelę tego idiotę, który chciałby wprowadzić w życie przepisy zabraniające aborcji na wschodnich terenach okupowanych**”. Poza aborcją pozwolił Polkom stosować antykoncepcję. Równocześnie zaostrzono kary, do kary śmierci włącznie, za zabicie niemieckiego nienarodzonego dziecka. W czasach okupacji „**Utrudniano korzystanie z opieki zdrowotnej**, np. w Łodzi Polacy mieli dostęp do jednego szpitala. **Wyjątek czyniono jedynie w wypadku, gdy kobieta domagała się wykonania aborcji**”. Cel działań był jeden: zniszczenie polskiego narodu.

1956 – Po II wojnie światowej hitlerowskie rozporządzenia utraciły moc prawną. Zączyły obowiązywać polskie przedwojenne ustawy. Po raz drugi w Polsce dopuszczono możliwość dokonywania aborcji 27 kwietnia 1956 r. W czasie terroru komunistycznego **ludzie wprowadzeni do Sejmu (w 1952 r.) przez Stalina, przegłosowali legalizację aborcji. Ustawa obowiązywała do 1993 r.**

ABORCJI W POLSCE

1993 – *Ustawę z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* przegłosowali w Sejmie posłowie opcji centroprawicowej, solidarnościowej, przy zdecydowanym sprzeciwie postkomunistów i liberałów. **Polska stała się pierwszym krajem na świecie, który w warunkach demokracji odrzucił ustawę aborcyjną i wprowadził ustawę chroniącą życie (z trzema „wyjątkami”).**

1996/97 – Po wyborach prezydenckich w 1995 r. (przegrana Lecha Wałęsy, wygrana Aleksandra Kwaśniewskiego) już 14 grudnia – jeszcze przed zaprzysiężeniem prezydenta – grupa lewicowych parlamentarzystów (głównie z Unii Pracy) wystąpiła z inicjatywą ustawodawczą nowelizacji ustawy z 7 stycznia 1993 r., praktycznie pozbawiającą prawnej ochrony nienarodzone dzieci. W nowelizacji **proponowano zabijanie ich w przypadku, gdy „kobieta ciężarna znajduje się w ciężkich warunkach życiowych lub trudnej sytuacji osobistej”**. W uzasadnieniu – oficjalnym piśmie rozpoczynającym tę procedurę legislacyjną – lewicowi parlamentarzyści dopuścili się kilku ewidentnych kłamstw. Niezgodnie z prawdą napisali m.in.: „Zakaz przerywania ciąży ze względów społecznych, spowodował szereg zjawisk patologicznych (...). Znacznie wzrosła liczba przyjęć do szpitali kobiet z rozpoznaniem poronienia w toku, co wskazuje na próbę dokonania przerywania ciąży przez same kobiety. Wzrosła liczba porzuconych noworodków i dzieciobójstw”.

Z początkiem 1996 r. gdański Klub Inteligencji Katolickiej skierował pismo do

Prokuratora Generalnego o wszczęcie postępowania karnego wobec posłów, którzy we wniosku o nowelizację podali nieprawdę. Niestety, **nowelizację pozbawiającą nienarodzone dzieci prawa do życia przegłosowali w Sejmie postkomuniści i liberałowie, a prezydent Aleksander Kwaśniewski podpisał ją 20 listopada 1996 r.** Nowelizację zaskarżyli do Trybunału Konstytucyjnego senatorowie AWS. Decyzją z dnia **28 maja 1997 r. Trybunał przywrócił poczętym dzieciom prawną ochronę życia.**

1997 – Konstytucja RP z 2 kwietnia 1997 r. stanowi, iż „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”. Mimo to w świetle obowiązujących przepisów kobieta może dokonać aborcji w trzech przypadkach, które określa wspomniana wyżej ustawa z 1993 r. Chodzi o:

- zagrożenie zdrowia lub życia matki,
- duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia dziecka lub nieuleczalnej choroby, która zagraża jego życiu,
- ciążę, która jest wynikiem gwałtu.

2020 – Dopiero 22 października 2020 r. Trybunał Konstytucyjny wydał orzeczenie o niezgodności tzw. „przesłanki eugenicznej” z zapisem polskiej Konstytucji, zobowiązując państwo i społeczeństwo do medycznej, psychologicznej i finansowej opieki nad dziećmi chorymi i upośledzonymi oraz ich rodzinami.

DZIECKO

.....> PIERWSZA OFIARA ABORCJI

Jądro plemnika łącząc się z jądrem komórki jajowej, tworzą zygotę, która jest pierwszą komórką ludzkiego organizmu. Choć komórka ta jest mniejsza niż kropka stawiana na końcu zdania, nie można zaprzeczyć nauce i medycynie, które stwierdzają, że tętni w niej życie. Zygota ma własny kod DNA, w którym już zapisane są informacje o płci, kolorze skóry, włosów, oczu, budowie ciała... Dalszy **rozwój zarodkowy, płodowy, noworodkowy, niemowlęcy, dziecięcy i pokwitanie, a wreszcie dojrzałość i starość są kolejnymi etapami życia. Procesu, który rozpoczął się w momencie zapłodnienia.**

Warto podkreślić, że z biologicznego punktu widzenia **poród nie jest przełomem czy skokiem w rozwoju.** Owszem, następuje drastyczna zmiana środowiska życia dziecka, ale ogromne „osiągnięcia” ma już ono za sobą (zachęcamy do sięgnięcia po „Biblioteczkę Pro-Life” nr 1, w której szczegółowo opisaliśmy rozwój prenatalny).

O aborcji mówi się najczęściej, że to „zabieg” lub „przerwanie ciąży”. A przecież skoro istnieje życie, może je przerwać tylko śmierć. „Przerwanie ciąży” nie jest więc zatrzymaniem jakiegoś procesu w organizmie kobiety – to śmierć dziecka.

Także słowo „zabieg” nie opisuje rzeczywistości aborcji. **Zabiegi lekarskie przynoszą poprawę stanu zdrowia, leczą, polepszają jakość życia... Ten „zabieg” niesie śmierć.** Jest zabójstwem dokonywanym na bezbronny, maleńkim człowieku, który sam nie może się bronić. Nie może protestować i krzyczeć, domagając się realizacji swojego podstawowego prawa – prawa do życia.

Środowiska proaborcyjne wkładają wiele wysiłku w odczłowieczenie dziecka nie-narodzonego. Nazywają je „zlepkiem komórek”, „galaretką”, „tkanką ciążową”, „treścią z macicy”, „płodem”. Forsują swoją wizję świata, według której życie człowieka rozpoczyna się później. Kiedy konkretnie? Wtedy, kiedy wygodnie jest im to przyznać – może w 12. tygodniu, może w połowie ciąży a może dopiero po urodzeniu? Dziela dzieci na „chciane” i „niechciane” – pierwsze mają prawo do życia, drugie nie. W tym podziale zawiera się największa ludzka niesprawiedliwość. **Silniejszy zabija słabszego.**

Aborcja (przerwanie ciąży, sztuczne poronienie) – zamierzona procedura, mająca na celu zabicie człowieka w łonie matki od chwili jego poczęcia do urodzenia główki dziewięciomiesięcznego dziecka.

Aborcja zasadniczo różni się od poronienia naturalnego, które nie jest spowodowane umyślnym, celowym działaniem człowieka.



fol. archiwum

DZIECKO – CZŁOWIEK

Połączenie komórki jajowej i plemnika, czyli gamety matczynej i ojcowskiej daje początek odrębnemu życiu. **W wyniku zapłodnienia powstaje w pełni genetycznie uformowany nowy człowiek**, którego rozwój dokonuje się w czasie życia ludzkiego. Tak więc **embrion, płód, noworodek, niemowlę, dziecko, dorosły, starzec to określenia poszczególnych etapów rozwoju życia człowieka.**

dr med. A Marcinek

Zarodek jest człowiekiem, bo jeśli nie, to czym jest? **Nie jest jedynie tkanką ludzką, bo jeśli tak, to czyją?**
prof. dr hab. A. Legocki

Kiedy mówimy o początku życia, nie ma wątpliwości, że życie zaczyna się wtedy, kiedy komórka jajowa zostaje zapłodniona. **Ta zapłodniona komórka ma potencjał rozwoju w cały organizm, także ludzki.**

prof. dr hab. M. Świtoński

DZIECKO – PACJENT

„Zapobieganie bólowi należy do podstawowych praw człowieka, przysługujących niezależnie od wieku – z tego powodu opieka należna wcześniakom powinna dotyczyć także płodów”¹ – stwierdzili brytyjscy lekarze anestezjolodzy w artykule opublikowanym w czasopiśmie *Best Practice & Research Clinical Anesthesiology* (vol. 18, nr 2, 2004, s. 205–220).

„Pogląd, że płód jest pacjentem posiadającym własne prawa, doprowadził do zwiększonego zainteresowania kwestią bólu płodu. Uzasadnieniem dla stosowania analgezji i anestezji wobec płodu jest nie tylko moralny obowiązek zapobiegania cierpieniu, lecz również to, że ból i stres może wpływać na zdolność przeżycia i mieć długoterminowe neurorozwojowe konsekwencje”² (*European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 92, 200, s. 161-165).

ABORCJA – POGWAŁCENIE PRAW CZŁOWIEKA I PACJENTA

Aborcja jest wykonywana bez znieczulenia, chociaż...

- ✘ **dziecko przed narodzeniem jest zdolne do odczuwania bólu**³,
- ✘ pierwsze receptory bólu pojawiają się w 7. tygodniu ciąży, a od 20. tygodnia są już obecne w całym ciele⁴,
- ✘ pierwszą częścią ciała reagującą na dotyk jest okolica ust około 8. tygodnia ciąży, a po 14 tygodniach większość ciała dziecka jest na niego wrażliwa⁵,
- ✘ szereg badań dokumentuje zdolność dziecka do reakcji na sytuację stresową – reaguje np. podniesionym poziomem hormonu stresu po inwazyjnych badaniach (np. wymagających przekłucia igłą powłok brzusznych)⁶.

METODY

.....> DOKONYWANIA ABORCJI

1 CHIRURGICZNE:

- a) **metoda rozszerzenia szyjki macicy i wyłęczkowania** – wydobycie z jamy macicy ciała dziecka i tkanek trofoblastu oraz wyłęczkowanie jamy macicy we wczesnej ciąży. Na późniejszych etapach rozwoju prenatalnego **metoda ta polega na rozczłonkowaniu ciała dziecka bez wcześniejszego znieczulenia go, usunięciu poszczególnych fragmentów jego ciała i zeszkrobaniu ścian jamy macicy łyżką.** Pacjentka ma zapewnione znieczulenie. Procedura jest standardowo przeprowadzana w Polsce i wykonywana w trybie chirurgii jednego dnia.
- b) **metoda aspiracyjna** – polega na rozszerzeniu kanału szyjki macicy a następnie mechanicznym **odessaniu fragmentów ciała dziecka, łożyska i błon płodowych z jamy macicy za pomocą narzędzia ssącego.** W przeciwieństwie do matki dziecko nie jest znieczulane. Procedura wykonywana w warunkach ambulatoryjnych.

2 FARMAKOLOGICZNE:

wywołanie poronienia przez podanie kobiecie dopochwowo lub doustnie dwóch środków farmakologicznych o działaniu poronnym (mizoprostol, mifepriston).

3 INDUKCJA PORODU:

wywołanie późnego poronienia lub porodu przedwczesnego w zaawansowanej ciąży poprzez podanie środków farmakologicznych wywołujących rozszerzenie szyjki macicy i skurcze mięśnia macicy. **Metoda stosowana jest zwykle w procedurze aborcji eugenicznej. Dziecko rodzi się martwe, czasem żywe, lecz wkrótce po porodzie umiera** z powodu niezdolności do samodzielnego życia pozamacicznego i niepodjęcia przez personel medyczny leczenia neonatologicznego. W ostatnim trymestrze ciąży przeprowadza się poród częściowy, w ramach którego **lekarz przecina rdzeń kręgowy dziecka, kiedy jego główka pozostaje jeszcze w kanale rodnym, i następnie wysysa jego mózg za pomocą narzędzia ssącego.** W Polsce poród częściowy jest niedozwolony.

MATKA

.....➔ DRUGA OFIARA ABORCJI

Idealnie jest, gdy dziecko rodzi się w związku osób, które przyrzekały sobie uczynić wszystko, aby ich małżeństwo „było zgodne, szczęśliwe i trwałe”. Wówczas ma największą szansę na zbudowanie bezpiecznych więzi z bliskimi osobami, a więzi te staną się dla niego najlepszą „wyprawką” na całe życie. Jest to też idealna sytuacja dla kobiety, która od początku może czuć wsparcie opiekuńczego partnera.

Niestety, wiadomość o mającym się narodzić dziecku nie zawsze jest przyjmowana ze spokojem, radością i miłością. **Czasami informacja o ciąży jest dla kobiety źródłem smutku, żalu, wściekłości, poczucia winy i niewyobrażalnego lęku.**

Z tak trudnymi emocjami mierzą się nastolatki: **„A co ze szkołą, maturą, studiami?”**

Ciąża bywa źródłem lęku dla matek żyjących w biedzie: **„Jak sobie poradzimy, gdy ledwo wiążemy koniec z końcem?”**

Trudno się cieszyć także wtedy, kiedy kobieta zostaje porzucona przez partnera i wie, że spadł na nią ciężar samotnego macierzyństwa: **„Czy sama dam radę?”**

Niełatwa i skomplikowana jest każda sytuacja, kiedy w ciążę zachodzi poważnie chora kobieta: **„A jeśli umrę?”**

Czasami przyczyną smutku jest niestosowna reakcja otoczenia, które pozwala sobie na niedopuszczalne komentarze: **„A po co ci kolejne dziecko, skoro już macie czworo? Nie szkoda ci życia, żeby znowu pchać się w pieluchy?”**

Bolesną jest też zawsze niepomyślna diagnoza prenatalna dla nienarodzonego dziecka: **„Jak sobie poradzę z opieką i wychowaniem niepełnosprawnego dziecka?”**

Zdarza się także, że dziecko poczyna się wskutek gwałtu: **„Jak żyć z dzieckiem, które do końca życia będzie mi przypominało o koszmarze?”**

Kiedy z różnych powodów kobieta nie chce lub nie potrafi szukać pomocy na zewnątrz, może pomyśleć: **aborcja. Choć zdaje się, że jest ona łatwym i szybkim rozwiązaniem** realnego problemu, jakim jest nieoczekiwana ciąża, **w rzeczywistości pozostawia trwały ślad w organizmie kobiety**, która odczuwa jej skutki psychiczne i fizyczne.

Kobieta staje się matką w chwili poczęcia dziecka. To od jej decyzji zależy, czy będzie matką dziecka, któremu pozwoliła żyć, czy matką, która to życie odebrała.



Z literatury naukowej dotyczącej przyczyn decyzji aborcyjnych wyłania się obraz kobiety, która z jednej strony jako powód aborcji zwraca uwagę na kwestie dotyczące pracy, nauki, finansów. Z drugiej strony jest to **obraz kobiety głęboko skrzywdzonej i ofiary:**

— NIEODPOWIEDZIALNYCH MĘŻCZYZN

Badania niemieckie: **w 40 proc.** przypadków decyzja o przerwaniu ciąży była spowodowana czynnikami mającymi swe źródło w relacji z partnerem¹.

— PRESJI SPOŁECZNEJ

Badania amerykańskie: **69 proc.** kobiet dokonujących wczesnej aborcji i **62 proc.** poddających się późnej aborcji wśród przyczyn wymieniało obawę o reakcję innych osób na posiadanie dziecka².

— PRZEMOCY

Badania kanadyjskie: wśród kobiet zgłaszających się na aborcję prawdopodobieństwo bycia ofiarą przemocy psychologicznej, fizycznej i seksualnej ze strony partnera w ciągu ostatniego roku było niemal **trzykrotnie większe** niż w przypadku kobiet kontynuujących ciążę³.

— MOLESTOWANIA

Badania amerykańskie: kobiety, które były wykorzystywane seksualnie w dzieciństwie o **50 proc.** częściej niż kobiety bez takich doświadczeń, dokonują aborcji⁴.

W swojej pracy terapeutycznej dane mi było spotkać kobietę, która jako młoda dziewczyna, panna, została brutalnie zgwałcona. Obwiniała za to siebie, chociaż obiektywnie nie było w tym żadnej jej winy. Nie powiedziała o tym nikomu... W samotności przeżywała dramat pogwałcenia godności. Obawiała się najbardziej tego, że może być w ciąży. Jej obawy się potwierdziły. Znowu dramat: co powiedzą rodzice, na pewno ją odrzucą, jakie będzie jej życie? Nie zdecydowała się na aborcję ze względów religijnych, ale miała nadzieję, że nie donosi ciąży. **Urodziła córeczkę.** Chciała stworzyć „prawdziwą, pełną rodzinę” dla swej córki, córki coraz bardziej akceptowanej i kochanej. **Związała się z mężczyzną, zaszła w ciążę – nieplanowaną. Ojciec poczętego dziecka widział tylko jedno rozwiązanie: aborcję. Ona zgodziła się na zabieg. Po kilku miesiącach mężczyzna opuścił ją i córeczkę.** Nasiliły się jej problemy: depresja, myśli samobójcze, alienacja. W trakcie terapii w psychodramatycznej konfrontacji ze sprawcą gwałtu ona, ku zaskoczeniu wszystkich, podziękowała mu za to, że „dał” jej dziecko, że dał Kogoś – kogo może kochać i kto ją prawdziwie kocha. **O wiele trudniej było jej poradzić sobie z aborcją, której dokonała.**

Maria Jakimiuk, psycholog

SYNDROM POABORCZYJNY

Po przebyciu aborcji kobieta żyje z tą myślą do końca życia. Choć stanowiska psychologów i psychiatrów na temat syndromu poaborcyjnego są podzielone, badania dowodzą, że **cierpienie kobiet po aborcji jest realnym problemem klinicznym.** Prof. Priscilla K. Coleman w „British Journal of Psychiatry” opublikowała porównanie 22 badań naukowych. Zauważyła, że **przebyta aborcja zwiększa o 81 proc. ryzyko wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym,** a w 10 proc. przypadków stanowi ich bezpośrednią przyczynę¹ (*Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009*, „The British Journal of Psychiatry”, Vol. 199, s. 180–186).

Skutki aborcji w badaniach naukowych z całego świata: „Ekologia prokreacji. Vademecum”, w całości dostępne tutaj:



SKUTKI ABORCJI:

- ✘ **psychiczne:** m.in. depresja², lęk napadowy³, ataki paniki⁴, zaburzenia dwubiegunowe i adaptacyjne⁵, zaburzenia nastroju i myśli samobójcze⁶, ryzykowne stosowanie używek⁷, uzależnienia od alkoholu⁸, nikotyny⁹, narkotyków¹⁰; **aborcja może wywoływać symptomy zespołu stresu pourazowego (PTSD)**¹¹,
- ✘ **w relacji z partnerem:** dysfunkcje seksualne¹², częstsze konflikty¹³, 22 proc. relacji ulega rozpadowi w ciągu roku po aborcji, a połowa kobiet z tych związków właśnie aborcję uważa za jego pośrednią przyczynę¹⁴,
- ✘ **powikłania bezpośrednie:** krwotok z macicy¹⁵, uszkodzenia trzonu lub szyjki macicy¹⁶, infekcja narządu rodowego lub miednicy¹⁷, perforacja macicy¹⁸, zapalenie otrzewnej¹⁹, niekompletna aborcja wymagająca dalszej interwencji chirurgicznej²⁰, wstrząs septyczny²¹, zgon²² (ok. 30 proc. zgonów związanych z aborcją ma miejsce wskutek infekcji dróg rodnych),
- ✘ **powikłania odległe w czasie:** wzrost ryzyka wystąpienia ciąży pozamacicznej²³, łożyska przodującego²⁴, przedwczesnego porodu²⁵ oraz poronienia²⁶ w kolejnej ciąży, urodzenia martwego dziecka²⁷ i wtórnej niepłodności²⁸.

ZAPOMNIANE OFIARY → OJCOWIE

Także niektórzy ojcowie zabitych dzieci cierpią po aborcji. Opisując ją, mówią o doświadczeniu stresu, poczuciu winy, bólu, przerażeniu¹. Pragnęliby skorzystać po niej z profesjonalnego doradztwa². Uważają, że aborcja miała negatywny wpływ na ich relacje z partnerką i uznają swoją obecność przy jej dokonywaniu za traumatyczną³. **Część z nich żałuje zabicia dziecka i tęskni za nim, odczuwa niepokój i popada w depresję⁴.**

Zdarza się też, że ojcowie są pomijani w decyzjach aborcyjnych ich partnerek. Pozbawia się ich prawa do decydowania o losie ich poczętych dzieci, również w sytuacji, gdy tworzą z kobietą związek małżeński. Prawo, jak dotąd, nie wymaga zgody obojga małżonków na dokonanie aborcji. Sprzeciw ojców, którzy chcieliby zachować swoje dziecko przy życiu, pozostaje niemy, bo jest pozbawiony mocy prawnej. W Polsce w świetle prawa cywilnego prawne domniemanie ojcostwa jest gwarantowane art. 62 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, ale dotyczy jedynie dziecka urodzonego. Również z powodztwem o ustalenie ojcostwa można wystąpić jedynie wobec dziecka już urodzonego.

W innym miejscu Kodeks stwarza możliwość uznania przez mężczyznę dziecka za swoje jeszcze przed jego narodzinami, aby jednak zyskało ono moc prawną, musi zostać potwierdzone przez matkę dziecka (art. 73 ust. 1 KRO).

„WIEM, ŻE BYŁO TO MORDERSTWO”

„Przed rozpoczęciem procedury [aborcji – przyp. red.] moja żona wylewała potoki łez; w kółko pytała lekarzy, czy dzieci będą czuły ból i została zapewniona, że nie będą one niczego czuły (sic!). Zapytałem raz jeszcze, czy moja żona jest pewna, że chce to zrobić, bo tego nie da się odwrócić, jednakże jej łzy i jej unikanie patrzenia na monitor, na którym widać było dzieci, jej rozmyślne zabranianie mi patrzenia na ten monitor, powiedziały mi całą prawdę: **ona świetnie wiedziała, podobnie jak i ja, że to, co robi, jest złe.** Chciałem nalegać, aby patrzyła, ale sądzę, że jej umysł – już złamany wieścią o trojaczkach – straciłby panowanie nad sobą na widok tego, co zobaczyłaby na tym ekranie. A żeby ocalić chociaż jedno dziecko, dla jego dobra, potrzebowałem, żeby moja żona zachowała zdrowe zmysły.

Każde z [dwojga] dzieci cofało się, jak tylko igła wchodziła do worka owodniowego, starało się ją odepchnąć. **Nie wkłuli się w łożysko, ale bezpośrednio w klatkę piersiową każdego z dzieci. Każde z nich gięło się, jak tylko igła wchodziła w ciało. Widziałem, jak przestaje bić serce – moje też wówczas prawie przestało.** Serce drugiego dziecka walczyło, ale po dziesięciu minutach, kiedy raz jeszcze zobaczyli, już ucichło.

Lekarze mieli czelność nazywać chlorek potasu, substancję chemiczną, która prowadzi do zatrzymania serca dziecka, lekarstwem. Chciałem zapytać, z czego starają się nim wyleczyć – z życia? Jednakże żadne słowa nie są w stanie opisać tego, co wtedy się ze mną działo. Nie potrafiłem wymówić nawet słowa.

Wiem, że czuły ból. Wiem, że czuły panikę. I wiem, że było to morderstwo” – powiedział ojciec trojaczków, którego żona po procedurze in vitro chciała urodzić tylko jedno dziecko.

Anna Wiejak, „Wiem, że czuły ból. I wiem, że było to morderstwo...”,
Moja Rodzina, 5/2016

„BŁAGAM, ABBY, NIE ZABIJAJ NASZEGO DZIECKA!”

W 2019 r. sieć obieglł filmik, w którym ojciec nienarodzonego dziecka rozpaczliwie woła do swojej partnerki i prosi ją, by go nie zabiła. **„Byłbym dobrym ojcem, zaopiekowałbym się nią...”** – mówi ojciec.



Pod nagraniem pojawiło się wiele komentarzy. Wśród nich znaleźć można wpisy innego ojca, Chucka Poole’a, który napisał, że to samo przydarzyło się jemu. **Matka jego dziecka po tym, gdy przez 5,5 miesiąca czekał na narodziny swojej córeczki, w tajemnicy przed nim dokonała aborcji, gdyż dowiedziała się, że dziewczynka była upośledzona.** „To było przełomowe. Wydarzyło się 23 lata temu w maju. Zmierzyłem się ze wspomnieniami dnia, w którym się dowiedziałem [o aborcji – przyp. red.]... po cichu” – napisał. „Z zadowoleniem i z chęcią wziąłbym ją [swoją córeczkę – przyp. red.] w swoje ramiona i trzymał, gdyby miała umrzeć. Odmówiono mi tego prawa. Bez względu na twoje poglądy na temat samej aborcji, nic nie zmienia faktu, że **nie miałem żadnych praw dotyczących przyszłości mojego dziecka**”.

RODZEŃSTWO

„Dlaczego ja a nie mój bliźniak? Dlaczego przeżyłam? Dlaczego to przydarzyło się mojej biologicznej mamie? (...) Zrozumiałam, że mam historię, która może nadać imię i twarz problemowi aborcji, temu nienarodzone-mu dziecku, ponieważ gdy patrzysz na moją twarz, dosłownie patrzysz na twarz mojego bliźniaka [abor-towanego – przyp. red.]. (...) Zrozumiałam, że moi rodzice [adopcyjni] by jego lub ją adoptowali. Myślałam o tym, co moja rodzina utraciła z powodu tego jednego wyboru, ponieważ aborcja zakończyła się *powodzeniem*, jeśli chodzi o mojego bliźniaka.

To był proces głębokiego smutku. Czuję smutek ocalańca, ponieważ **myślę: co jeśli mój bliźniak mógłby zmienić świat?** Co jeśli mój bliźniak miałby na coś wpływ? Co jeśli miałabym osobę, za którą tak tęskniłam jako dziecko, ponieważ czułam, że czegoś mi brakuje? Rzeczywiście pytałam rodziców, dlaczego nie adoptują innego dziecka, dlaczego nie mam rodzeństwa. Cieszyłabym się z tego. **Myślę, że to była tęsknota za jakimś głębokim brakiem, którego nie mogłam ubrać w słowa, bo nie wiedziałam, że jestem bliźniakiem**” – powiedziała Claire Culwell, której brat bliźniak został abortowany. Sama ocalała przez przypadek – lekarz nie wiedział, że nastoletnia matka Claire była w ciąży bliźniaczej.



SYNDROM OCALEŃCA dotyka dzieci, których matki dokonały aborcji ich rodzeństwa, i tych, które dowiadują się, że one same mogły się nie narodzić, bo rodzice rozważali aborcję. Syndrom może się objawiać brakiem poczucia bezpieczeństwa i poczuciem winy, także w dorosłym życiu. **Ocalańcy czują, że nie zasługują na to, żeby żyć.** Bo jak to możliwe – zastanawiają się – że ja żyję, a mój brat lub siostra nie? Co więcej, dzieci kobiet, które dokonały aborcji, otrzymują od nich relatywnie niskie wsparcie emocjonalne i mają problemy behawioralne. Zdarza się, że **czują lęk przed swoimi opiekunami.**

PERSONEL MEDYCZNY

„Przez cały 1976 r. nadal dokonywałem aborcji. Równocześnie dokonywałem aborcji i przyjmowałem porody. Stopniowo moje napięcie moralne zaczęło wzrastać i w końcu stało się nie do zniesienia. **Na jednym piętrze szpitala przyjmowaliśmy porody, a na drugim przeprowadzaliśmy aborcje.** Ponieważ sprawa Roe przeciw Wade zniosła wszelkie ograniczenia, mogliśmy dokonywać aborcji aż do dziewiątego miesiąca, a właściwie aż do pierwszych bólów porodowych. Kiedy piszę te słowa, [w USA – przyp. red.] dokonywanych jest rocznie co najmniej 15 tys. aborcji po 21. tygodniu ciąży. Dziecko w 21. tygodniu jest dziś uważane za zdolne do życia. To nie są aborcje – to mordowanie wcześniaków. W połowie lat 70. **na jednym piętrze podawałem hipertoniczny roztwór soli kobiecie w 23. tygodniu ciąży, a na innym piętrze miałem rodzącą pacjentkę w 23. tygodniu i starałem się uratować jej dziecko.** Pielęgniarki znajdowały się w tej samej pułapce, w tym samym moralnym rozdwojeniu. Czym właściwie trudniłem się w szpitalu – ratowaniem dzieci czy ich zabijaniem?”

Bernard N. Nathanson,
„Ręka Boga”, 1997

LEKARZE

„Lekarz ginekolog z miasta na zachodzie kraju: – **Asystowałem przy aborcjach eugenicznych.** W końcu odszedłem ze szpitala, mam prywatną praktykę. Nie byłem w stanie dalej wmawiać sobie, że wszystko jest w porządku, a ja pomagam kobiecie. Nie mogłem spokojnie spać, bałem się o własną rodzinę, miałem objawy depresyjne, lęki.

Okazało się, że moja praca wywołała objawy porównywalne na przykład z walką na wojnie. Dopiero na takiej terapii, krok po kroku, porządkowałem swoje wspomnienia, a potem życie.

Nie wierzę, że można z tym żyć normalnie. Chociaż wielu tak twierdzi. Zresztą... o TYM w szpitalach niemal wcale się nie mówi. TO się robi, potem sprząta, wypisuje w dokumentach i wychodzi się do domu. Czasem „przypadek” omawia się w pokoju lekarskim. Ale byle szybciej...”

Agata Puścikowska, „Gdy lekarz żałuje aborcji...”, *Gość Niedzielny*, 43/2017

POŁOŻNE

W 2013 r. głośna stała się sprawa położnej Agaty Rejman z Rzeszowa, która uczestniczyła w trzech aborcjach eugenicznych, choć wcześniej nikt jej o tym nie uprzedził. **Widok duszącego się dziecka pozostawionego po aborcji w pojemniku sprawił, że wraz z innymi położnymi powołała się na klauzulę sumienia.**

Dlaczego tak zrobiła? „Sumienie nie dawało mi spokoju. Nikt nie chciał z nami rozmawiać. Nie mogłam się skupić na niczym. Poszłam do lekarza i dał mi zwolnienie. Potrzebowałam pomocy. Przede wszystkim duchowej. Poszłam do spowiedzi. Ksiądz dał mi rozgrzeszenie. Rozmawialiśmy. Powiedział mi, że teraz już mamy jasną sytuację i wiemy, co się odbywa w szpitalu. I jeśli dalej będę w tym dobrowolnie uczestniczyła, to sprawa nie będzie już taka prosta. **Nie mogłam spać w nocy, miałam koszmary. Chodziłam podenerwowana. Korzystam też z pomocy psychologa**” – tak Agata Rejman powiedziała w wywiadzie dla *Gościa Niedzielnego* (11/2014). **„Nie wytrzymałam tego, przy czym uczestniczyłam. To mnie rozbiło jako kobietę, jako matkę i jako katoliczkę.”**

Położna publicznie opowiedziała o tym, co działo się w szpitalu. W odpowiedzi pracodawca zażądał przeprosin oraz zadośćuczynienia finansowego za zniesławienie. Szpital ostatecznie wycofał się z zarzutów wobec niej. Obecnie położna pracuje w innym rzeszowskim szpitalu. **Jej postawa przyczyniła się do tego, że na całym Podkarpaciu nie wykonuje się aborcji eugenicznych.**

ABORCYJNY> **BIZNES**

Abby Johnson, była dyrektorka i pracownica roku aborcyjnej kliniki Planned Parenthood, a obecnie obrończyni życia dzieci nienarodzonych i bohaterka filmu „Nieplanowane” (Konzelman, Solomon 2019), w książce pod tym samym tytułem opisuje jedno z zebrzań dyrektorów klinik, w którym brała udział:

„Tamto spotkanie oddziałów to była istna masakra. Powiedziano nam, że nie możemy już udzielać zniżki na środki antykoncepcyjne kobietom z grupy o niskich dochodach. Zapytałam dlaczego, chociaż obawiałam się, że i tak znam odpowiedź... Arkusze kalkulacyjne. Wielkie czerwone cyfry.

– Słucham? – zapytałam. – Tylko dlatego, że mamy problemy finansowe, przestajemy nagle troszczyć się o najuboższe kobiety, które mogą zająć w ciążę i urodzić dziecko, na które ich po prostu nie stać? I z dnia na dzień mamy przerwać pomoc, której im udzielaliśmy? (...) – Przecież jesteśmy organizacją non-profit! – oświadczyłam błagalnym tonem.

Podobne wnioski można wyciągnąć ze świadectwa Carol Everett, która była menadżerem kliniki aborcyjnej w USA. Zaczęła w niej pracować po aborcji własnego dziecka: „Miało być tak, jakbym nigdy nie miała aborcji i jakbym zapomniała o bólu, który wycierpiałam jako ofiara. (...) Byłam feministką, cichym członkiem grupy kobiet, które poddały się aborcji”. **Tym, co Carol kusiło najbardziej, była wizja zarobienia niewyobrażalnych pieniędzy.** Sprzedawanie aborcji było dla niej przepustką do zdobycia fortuny. Jak sama o sobie mówi, w jej oczach świeciły jednodolarówki. Ponieważ wynagrodzenie było uzależnione od liczby wykonanych aborcji, wykorzystywała swoją wiedzę marketingową do skutecznego reklamowania zabijania poczętych dzieci. **Dzięki jej staraniom w niedługim czasie liczba wykonywanych w miesiącu aborcji wzrosła ze 150 do 400. I rosła dalej.**

– Abby – zakomunikowano ostentacyjnie – **non-profit oznacza status podatkowy, ale nie status firmy.**

W jasny sposób zaznaczono, że mam uporządkować priority – czyli podnieść dochody kliniki. Do końca zebrania nie zabrałam już głosu, oniemiałam z wrażenia.

Podnieść dochód? Od kiedy zwiększanie dochodu było naszym celem? Wprost nie mogłam uwierzyć w to, co usłyszałam.”

W innej książce mówi wprost o tym, że aborcja jest przemysłem: „(...) placówki oferujące aborcję są częścią całkowicie skorumpowanej konglomeracji, która w mistrzowskim stopniu opanowała sztukę zwodzenia. (...) Patrząc wstecz, postrzegam moje wyjazdy służbowe i spotkania poświęcone finansom jako coś, czym rzeczywiście były: próbą usprawnienia makabrycznego procesu mordowania dzieci w łonach matek. **Kobiety w kryzysie, które miały tego pecha, że zgłosiły się do nas, zbyt często podstępem przekonywane były do zabicia własnych dzieci – wszystko pod płaszczykiem prawa do wyboru i wygody.** Wiem, że przyczyną wszelkiego zła jest umiłowanie pieniądza. Serce przemysłu aborcyjnego, który zgarnia ponad miliard dolarów rocznie, bije jedynie dla tej zapewniającej władzę fortuny, zarabianej na przelewaniu niewinnej krwi”.

Abby Johnson i Kristin Detrow, „Ściany będą wołać”, 2020

„(...) chciałam w ciągu roku zarobić milion dolarów. Aby osiągnąć to, czego oboje [Carol i Harvey, aborcjonista – przyp. red.] pragnęliśmy, musieliśmy otworzyć pięć klinik, aby wykonywać czterdzieści tysięcy aborcji rocznie”.

Carol, która samą siebie nazywała Szkarłatną Damą, była głównym menadżerem aborcyjnego biznesu, odpowiedzialnym za tzw. centra referencyjne, w których kobiety mogły wykonać darmowe testy ciążowe i uzyskać porady. Owe „porady” były zazwyczaj zachętą do aborcji. **By zarabiać więcej i więcej, kliniki zaczęły wykonywać rzekome aborcje u kobiet, które w ogóle nie były w ciąży.** Z inspiracji Carol powiększyły też zakres „usług” o morderstwa dzieci w drugim trymestrze ciąży. Granica

ta płynnie się przesuwała i wkrótce aborcjoniści zabijali nawet sześciomiesięczne nienarodzone dzieci, które przy wsparciu medycyny byłyby zdolne do samodzielnego życia poza organizmem matki. **Właściciele klinik zlecali w prasie drukowanie kuponów z 10-procentową zniżką na aborcję.** Zartowali, że gdyby kobieta przyniosła kilkanaście kuponów, musieliby jej jeszcze zapłacić za zabójstwo dziecka...

Zaślepiena pieniędzmi matka **wciągnęła do aborcyjnego biznesu także swoją 14-letnią córkę.** Pokazywała jej, jak radzić sobie z dziewczętami, które przychodziły do kliniki, jak namawiać kobiety do usunięcia ciąży.

Carol Everett i Jack Shaw, „Pieniądze splamione krwią”, 1994

Bernard N. Nathanson, aborcjonista, który zaczął walczyć o prawo do życia nienarodzonych dzieci, w książce pt. „Ręka Boga” tak pisze o biznesie aborcyjnym:

„Interes szedł świetnie.

W ciągu pół roku klinika

– istniejąca oficjalnie pod nazwą Centrum Zdrowia

Płciowego i Rozrodczości, ale popularnie znana jako Instytut Kobiecy – **zwiększyła liczbę aborcji dokonywanych dziennie z dziesięciu do stu dwudziestu.** Przejęła także całe piąte piętro budynku, w którym się mieściła, i otworzyła filię mającą laboratorium, gdzie pacjentki poddawały się przed zabiegiem analizie krwi i moczu. **Wpływy były tak wielkie, że Pyle inwestowała zyski w obligacje rządowe o wysokich nominałach”.**

MITY / FAKTY

Mit: Mam prawo do własnego ciała

Prawda: Dziecko nie jest częścią ciała kobiety

„To moje ciało, mogę o nim decydować” – mówią zwolenniczki aborcji. Tymczasem żadna matka nie ma dwóch głów, czterech rąk, czterech nóg, dwóch serc itd. Ją i dziecko różni DNA i często też grupy krwi. **Mały człowiek, którego życie rozpoczęło się w momencie zapłodnienia, jest odrębną istotą.**

Mit: Dzięki antykoncepcji jest mniej aborcji

Prawda: Antykoncepcja nie zmniejsza liczby aborcji

Zwiększenie dostępności do środków kontroli urodzin nie skutkuje zmniejszeniem liczby dokonywanych aborcji. W Stanach Zjednoczonych, gdzie niemal wszystkie kobiety w wieku prokreacyjnym stosują antykoncepcję, dokonuje się co roku około 750 tys. aborcji¹. Żadna metoda antykoncepcji nie jest w pełni skuteczna. **Do wielu aborcji dochodzi, ponieważ antykoncepcja zawodzi lub osoba ją stosująca popełnia w trakcie jej stosowania jakiś błąd².**

Mit: Legalna aborcja jest całkowicie bezpieczna

Prawda: Także legalna aborcja może spowodować śmierć matki

Nie ma naukowych dowodów na to, że legalizacja aborcji jest czynnikiem zmniejszającym śmiertelność matek. W Stanach Zjednoczonych, w których można dokonać legalnej aborcji, wskutek przerwania ciąży za pomocą pigułki aborcyjnej Mifepristone w latach 2000-2011 zmarło 14 kobiet³. Statystyki dotyczące liczby zgonów kobiet związanych z aborcją w tym kraju dowodzą, że w latach 2000-2009 było ich ogółem 87, z czego dwie powiązane z nielegalną aborcją⁴. Z kolei fińskie badania przeprowadzone w latach 1987-2000 wykazały, że wskaźnik śmiertelności kobiet po aborcji wynosił 83 na 100 000 ciąż w porównaniu do 28 po porodzie⁵.

ABORCJA JEST GŁÓWNA PRZYCZYNĄ ŚMIERCI NA ŚWIECIE

W 2022 r. **44 MILIONY** dzieci zostało zabitych w wyniku aborcji.

Mniej ludzi umiera z powodu zawałów serca, nowotworów czy AIDS.

Mit: Ewentualne skutki po aborcji bardzo szybko ustępują

Prawda: Aborcja ma długofalowe skutki

U kobiet, które dokonały aborcji, wzrasta ryzyko przedwczesnego porodu¹, który stanowi wiodącą przyczynę zachorowalności noworodków i umieralności okołoporodowej. Dokonana aborcja zwiększa również ryzyko m.in. wystąpienia w przyszłości ciąży pozamacicznej², **raka piersi³, nowotworów szyjki macicy, jajnika⁴ i endometrium⁵, zakażenia wirusem HPV (brodawczaka ludzkiego)⁶, poronień w pierwszym trymestrze⁷ i niskiej wagi urodzeniowej dziecka w kolejnej ciąży⁸.**

Mit: Aborcją są tylko tzw. zabiegi

Prawda: Spirale, antykoncepcja hormonalna i „awaryjna” mogą zadziałać wczesnoporonnie

Ogólnodostępne (na receptę) środki mogą być zawołowaną formą aborcji. **Wkładki wewnątrzmaciczne (spirale), powszechnie uważane za antykoncepcyjne, mają też działanie wczesnoporonne.** Wywołując stan zapalny błony śluzowej macicy, **uniemożliwiają zagnieżdżenie poczętego już dziecka, które w konsekwencji obumiera.** Wkładki wykonane są z tworzywa sztucznego owiniętego miedzianym lub srebrnym drucikiem.

Wszystkie środki antykoncepcji hormonalnej (tabletki antykoncepcyjne, minitabletki gestagenne, plastry, iniekcje, implanty, krążki dopochwowe) **mają zwykle potrójne działanie, w tym wczesnoporonne.** Po pierwsze, blokują owulację; po drugie, zmieniają śluz szyjkowy na nieprzenikliwy dla plemników. Jeśli jednak owulacja wystąpi, a plemniki zdołają przedostać się do jajowodu i zapłodnić komórkę jajową, antykoncepcja hormonalna w taki sposób zmienia błonę śluzową macicy, że implantacja zarodka staje się niemożliwa.

Także tzw. „antykoncepcja awaryjna” lub „pigułka dnia następnego” może mieć **działanie wczesnoporonne: jeśli doszło do poczęcia, zabija dziecko na najwcześniejszym etapie jego rozwoju.** „Antykoncepcja awaryjna” ma też niekorzystny wpływ na zdrowie kobiety m.in. na jej układ rozrodczy, nerwowy, sercowo-naczyniowy i psychikę. W Polsce jest dostępnych na receptę wiele tego typu środków m.in. pigułki ellaOne. Produkuje je firma firmy HRA Pharma, powiązana z firmą Höchst. Ta ostatnia powstała w wyniku przekształceń IG Farbenindustrie, która produkowała cyklon B wykorzystywany przez Hitlera i niemieckich zbrodniarzy do masowego ludobójstwa w czasie II wojny światowej.

TRUDNE SYTUACJE DOBRE ROZWIĄZANIA

ADOPCJA

Adopcyjny Telefon Zaufania: 607 161 580

FUNDUSZ OCHRONY MACIERZYŃSTWA

pro-life.pl/mama

HOSPICJUM PERINATALNE

DOM MATKI I DZIECKA

pro-life.pl/domy-samotnej-matki

OKNO ŻYCIA



Polskie Stowarzyszenie
Obrońców Życia Człowieka

Zapraszamy na portal
www.pro-life.pl i zachęcamy
do zamówienia bezpłatnych
materiałów edukacyjnych:
tel. (12) 421-08-43,
e-mail: biuro@pro-life.pl.

„Biblioteczka Pro-Life” jest materiałem edukacyjnym
Polskiego Stowarzyszenia Obrońców Życia Człowieka.
**Naszą misją jest troska o ludzkie życie na każdym
etapie rozwoju.** Realizujemy ją poprzez edukację
pro-life oraz pomoc charytatywną.

WESPRZYJ NASZĄ DZIAŁALNOŚĆ EDUKACYJNĄ:
Bank Pekao SA Oddział w Krakowie
93 1240 4650 1111 0000 5150 8401

Organizacja pożytku publicznego. KRS: 0000140437

PRZYPISY:

Strona 6

- 1 – M. C. White, A. R. Wolf, *Pain and stress in the human fetus*, w: „Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology”, Vol. 18, nr 2, 2004, s. 205–220 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 37)
- 2 – R. P. Smith, R. Gitau, V. Glover, N. M. Fisk, *Pain and stress in the human fetus*, w: „European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology”, Vol. 92, 2000, s. 161–165 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 40-41)
- 3 – R. Gupta, M. Kilby, G. Cooper, *Fetal surgery and anaesthetic implications*, w: „Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain”, Vol. 8, nr 2, 2008, s. 71-75 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 35)
- 4 – A. S. Kadić, M. Predojević, *Fetal neurophysiology according to gestational age*, w: „Seminars in Fetal & Neonatal Medicine”, Vol. 17, 2012, s. 256–260 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 48-49)
- 5 – L. B. Myers, L. A. Bulich, P. Hess, N. M. Miller, *Fetal endoscopic surgery: indications and anaesthetic management*, w: „Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology”, Vol. 18, nr 2, 2004, s. 231–258 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 36-37)
- 6 – R. P. Smith, R. Gitau, V. Glover, N. M. Fisk, *Pain and stress in the human fetus*, w: „European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology”, Vol. 92, 2000, s. 161–165 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 40-41)

Strona 10

- 1 – W. Barnett, N. Freudenberg, R. Willie, *Partnership After Induced Abortion: A Prospective Controlled Study*, w: „Archives of Sexual Behavior”, Vol. 21, nr 5, 1992, s. 443-455 (Ekologia prokreacji. Vademecum, N. Ejtminowicz (red.), K. Urban (red.), A. Zięba (red.), Kraków: Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka 2016, s. 158)
- 2 – P. K. Coleman, C. T. Coyle, V. M. Rue, *Late-Term Elective Abortion and Susceptibility to Posttraumatic Stress Symptoms*, w: „Journal of Pregnancy”, 2010(13): 130519, 10 pages, doi:10.1155/2010/130519 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 161-162)
- 3 – D. Bourassa, J. Berube, *The Prevalence of Intimate Partner Violence Among Women and Teenagers Seeking Abortion Compared with Those Continuing Pregnancy*, w: „Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada”, Vol. 29, 2007, s. 415–423 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 163-164)
- 4 – G. M. Wingood, R. J. Di Clemente, *Child sexual abuse, HIV sexual risk, and gender relations of African-American women*, w: „American Journal of Preventive Medicine”, Vol. 13, nr 5, 1997, s. 380–384 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 168)

Strona 11

1 – P. K. Coleman, Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009, w: „The British Journal of Psychiatry”, Vol. 199, 2011, s. 180–186 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 213),

2 – D. C. Reardon, J. R. Cogle, Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: a cohort study, w: „British Medical Journal”, Vol. 324, 2002, s. 151–152 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 213-214)

3 – P. K. Coleman, C. T. Coyle, M. Shuping, V. M. Rue, *Induced abortion and anxiety mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey*, w: „Journal of Psychiatric Research”, Vol. 43, 2009, s. 770–776 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 215)

4 – Tamże

5 – D. C. Reardon, J. R. Cogle, V. M. Rue et al., *Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth*, w: „Canadian Medical Association Journal”, Vol. 168, nr 10, 2003, s. 1253–1256 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 215-216)

6 – N. P. Mota, M. Burnett, J. Sareen, *Associations Between Abortion, Mental Disorders, and Suicidal Behaviour in a Nationally Representative Sample*, w: „The Canadian Journal of Psychiatry”, Vol. 55, nr 4, 2010, s. 239–247 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 214)

7 – Tamże

8 – G. Hardy, A. Benjamin, H. A. Abenhaim, *Effect of Induced Abortions on Early Preterm Births and Adverse Perinatal Outcomes*, w: „Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada”, Vol. 35, nr 2, 2013, s. 138–143 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 219)

9 – Tamże

10 – D. M. Fergusson, L. J. Horwood, E. M. Ridder, *Abortion in young women and subsequent mental health*, w: „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, Vol. 47, nr 1 2006, s. 16–24 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 220)

11 – V. M. Rue, P. K. Coleman, J. J. Rue, D. C. Reardon, *Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women*, w: „Medical Science Monitor”, Vol. 10, nr 10, 2004, s. 5–16 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 216)

12 – F. Bianchi-Demicheli, E. Perrin, F. Lüdicke et al., *Termination of Pregnancy and Women's Sexuality*, w: „Gynecologic and Obstetric Investigation”, Vol. 53, 2002, s. 48–53 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 225)

13 – P. K. Coleman, V. M. Rue, C. T. Coyle, *Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago Health and Social Life Survey*, w: „Public Health”, Vol. 123, 2009, s. 331–338 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 225)

14 – Z. Bradshaw, P. Slade, *The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature*, w: „Clinical Psychology Review”, Vol. 23, 2003, s. 929–958 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 232-233)

15 – T. Østbye, E. F. Wenghofer, Ch. A. Woodward et al., *Health Services Utilization After Induced Abortions in Ontario: A Comparison Between Community Clinics and Hospitals*, w: „American Journal of Medical Quality”, Vol. 16, nr 3, 2001, s. 99–106 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 175)

16 – Tamże

17 – Tamże

18 – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, *The Care of Women Requesting Induced Abortion, Evidence-based Clinical Guideline*, nr 7, 2011 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 178-179)

19 – T. Østbye, E. F. Wenghofer, Ch. A. Woodward et al., *Health Services Utilization After Induced Abortions in Ontario: A Comparison Between Community Clinics and Hospitals*, w: „American Journal of Medical Quality”, Vol. 16, nr 3, 2001, s. 99–106 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 175)

20 – P. Thonneau, B. Fougeyrollas, B. Ducot et al., *Complications of abortion performed under local anesthesia*, w: „European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology”, Vol. 81, 1998, s. 59–63 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 176)

21 – L. Say, D. Chou, A. Gemmill et al., *Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis*, w: „Lancet Global Health”, published online 6 May 2014 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 239)

22 – Society of Family Planning, Clinical Guidelines, *Prevention of infection after induced abortion*, w: „Contraception”, Vol. 83, 2011, s. 295–309 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 177)

23 – J. Bouyer, J. Coste, T. Shojael et al., *Risk Factors for Ectopic Pregnancy: A Comprehensive Analysis Based on a Large Case-Control, Population-based Study in France*, w: „American Journal of Epidemiology”, Vol. 157, 2003, s. 185–194 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 186)

24 – C. Moreau, M. Kaminski, P. Yves Ancel et al., *Previous induced abortions and the risk of very preterm delivery: results of the EPIPAGE study*, w: „An International Journal of Obstetrics & Gynaecology”, Vol. 112, 2005, s. 430–437 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 187)

25 – Tamże

26 – N. Maconochie, P. Doyle, S. Prior, R. Simmons, *Risk factors for first trimester miscarriage – results from a UK-population-based case-control study*, w: „An International Journal of Obstetrics and Gynaecology”, Vol. 114, 2007, s. 170–186 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 188-189)

27 – C. Infante-Rivard, R. Gauthier, *Induced abortion as a risk factor for subsequent fetal loss*, w: „Epidemiology” Vol. 7, nr 5, 1996, s. 540–542 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 191)

28 – A. Tzonou et al, *Induced abortions, miscarriages and tobacco smoking as risk factors for secondary infertility*, w: „Journal of Epidemiology & Community Health”, Vol. 47:36, 1993, s. 36–39 (<http://ekologiaprokrecji.pl/> s. 196)

Strona 12

- 1– A. Kero, A. Lalos, U. Högberg, L. Jacobsson, *The male partner involved in legal abortion*, w: „Human Reproduction”, Vol. 14, nr 10, 1999, s. 2673 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 231)
- 2– P. Lauzon, D. R. Achim, A. Achim, R. Boyer, *Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions*, w: „Canadian Family Physician”, Vol. 46, 2000, s. 2036–2040 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 231)
- 3 – Tamże
- 4– P. K. Coleman, E. S. Nelson, *The quality of abortion decisions and college students' report of post-abortion emotional sequelae and abortion attitudes*, w: „Journal of Social and Clinical Psychology”, Vol. 17, nr 4, 1998, s. 425–442 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 232)

Strona 18

- 1 – W. D. Mosher, G. M. Martinez, A. Chandra, et al. *Use of Contraception and Use of Family Planning Services in the United States: 1982–2002*, CDC, „Advance Data From Vital and Health Statistics”, nr 350, 2004, s. 1–34 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 289)
- 2 – R. K. Jones, J. E. Darroch, S. K. Henshaw, *Contraceptive Use Among U.S. Women Having Abortions in 2000–2001*, w: „Perspectives on Sexual and Reproductive Health”, Vol. 34, nr 6, 2002, s. 294–303 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 290-291)
- 3 – FDA, *Mifepristone U.S. Postmarketing Adverse Events Summary through 04/30/2011*, RCM 2007-525, NDA 20-687 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 249)
- 4 – T.C. Jatlaoui, J. Shah, M.G. Mandel et al. *Abortion Surveillance — United States, 2014*, w: „MMWR Surveillance Summaries”, Vol.66, nr 24, November 17, 2017, s. 1-48 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 252)
- 5 – M. Gissler, C. Berg, M.H. Bouvier-Colle, P. Buekens, *Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987–2000*, w: „American Journal of Obstetrics and Gynecology”, Vol. 190, 2004, s. 422–427 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 256)

Strona 19

- 1 – G. Hardy, A. Benjamin, H. A. Abenhaim, *Effect of Induced Abortions on Early Preterm Births and Adverse Perinatal Outcomes*, w: „Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada”, Vol. 35, nr 2, 2013, s. 138–143 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 191-192)
- 2 – R. Klemetti, M. Gissler, M. Niinimäki et al., *Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland*, w: „Human Reproduction”, Vol. 27, nr 11, 2012, s. 3315–3320 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 185)
- 3 – N. Andrieu et. al., *Familial risk, abortion and their interactive effect on the risk of breast cancer—a combined analysis of six case-control studies*, w: „British Journal of Cancer”, Vol. 72, nr

3, 1995, s. 744–751 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 207)

- 4 – D. C. Le, T. Kubo, Y. Fujino et al., *Reproductive factors In relation to ovarian cancer: a case-control study In Northern Vietnam*, w: „Contraception”, Vol. 86, 2012, s. 494–499 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 207-208)
- 5 – C. P. McPherson, T. A. Sellers, J. D. Potter et al., *Reproductive Factors and Risk of Endometrial Cancer. The Iowa Women's Health Study*, w: „American Journal of Epidemiology”, Vol. 143, nr 12, 1996, s. 1195–202 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 208-209)
- 6 – P. K Chan et al., *Determinants of Cervical Human Papillomavirus Infection: Differences between High-and Low-Oncogenic Risk Types*, w: „The Journal of Infectious Diseases”, Vol. 185, nr 1, 2002, s. 28 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 208)
- 7 – N. Maconochie, P. Doyle, S. Prior, R. Simmons, *Risk factors for first trimester miscarriage – results from a UK-population-based case-control study*, w: „An International Journal of Obstetrics and Gynaecology”, Vol. 114, 2007, s. 170–186 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 188-189)
- 8 – J. S. Brown, T. Adera, S. W. Masho, *Previous abortion and the risk of low birth weight and preterm births*, w: „Journal of Epidemiology and Community Health”, Vol. 62, nr 1, 2008, s. 16–22 (<http://ekologiaprokreacji.pl/> s. 193)

Linki do kodów QR

s. 11 - <http://ekologiaprokreacji.pl/mobile/index.html>

s. 13 - <https://youtu.be/Qw1Hn3b4zoA>

s. 14 - <https://youtu.be/JtRHOkwHF8Y>