

TERESA KUKOŁOWICZ

PRÓBA ROZEZNANIA
W ZAKRESIE STOSOWANYCH PRAKTYK
REGULACJI POCZĘĆ I URODZEŃ

WPROWADZENIE

Współcześnie wzrosło zainteresowanie dla problemów demograficznych w Polsce. Po okresie wyżu demograficznego przyszedł okres niżu. Stan ten jest związany między innymi z problematyką planowania rodziny.

Zgodnie z tytułem opracowania, zasadniczym jego przedmiotem jest opis praktyk regulacji poczęć¹ oraz regulacji urodzeń stosowanych współcześnie przez społeczeństwo polskie. Tak ujęte zadanie opracowania ma jednocześnie cele duszpasterskie, co oznacza, że problematyka opisu, jego zakres, powinny ułatwić właściwe ustawienie zadań oraz metod tej działalności. Powyższe stwierdzenia narzucają konieczność postawienia pełnej diagnozy w zakresie omawianego zjawiska. Z tego też względu wydaje się konieczne zarysowanie najbardziej ogólnych wzorów zachowań rodzicielskich w zakresie płodności. Pozwoli to następnie na ukazanie tendencji w tej dziedzinie życia. Dopiero na ich tle będzie można przedstawić szczegółowe wzory praktyk regulacji poczęć i urodzeń.

Przedstawienie problematyki opracowania domaga się rozważenia dwóch zagadnień: miejsca problemu „praktyki planowania rodziny” w siatce problemów naukowych oraz tego, co rozumiemy przez pełną diagnozę, która może dopiero stanowić podstawę do wysunięcia wniosków duszpasterskich.

Problematyka planowania rodziny jest głównie sprawą jej funkcji wobec swoich członków i społeczeństwa.

Wskazując na to, że regulacja poczęć i urodzeń wiąże się przede wszystkim z zagadnieniami życia rodzinnego, chcemy podkreślić jego

¹ Według W. Fijałkowskiego regulacja urodzeń odnosi się do usuwania ciąży, natomiast z regulacją poczęć wiąże się stosowanie odpowiednich metod zapobiegających powstawaniu ciąży.

związek z funkcjami rodziny wobec swych członków oraz społeczeństwa. Teologia funkcje te najogólniej określa jako rodzenie oraz obdarowywanie człowieczeństwem². Rodzina spełniając te funkcje wykonuje jednocześnie swoje zadanie wobec społeczeństwa. Socjologia uszczegółowia to ogólne stwierdzenie. Wymienia m.in. następujące funkcje rodziny: prokreacyjną, pielęgnacyjną, kształcenia i wychowania, zabezpieczenia, funkcję miłości i rekreacyjną.

Pełne obdarowywanie człowieczeństwem, wyrażające się w pielęgnacji, kształceniu, wychowaniu może dokonać się tylko w pozytywnych dla nich warunkach. Należy przy tym pamiętać, że cokolwiek się dzieje w rodzinie, wpływa na jej zadania. Wobec tego rodzi się ogólne pytanie, w jakim stopniu stosowane przez rodzinę praktyki planowania urodzeń pozwalają na realizację podstawowych jej zadań?

Rodzina wobec zadań, wobec jej członków spełnia także różne funkcje społeczne. Bez rodziny nie ma społeczeństw, ich trwania, rozwoju, zdrowych, oddanych swemu krajowi obywateli. Stąd kolejne pytania: czy stosowane praktyki regulacji poczęć i urodzeń zapewniają byt społeczny, czy gwarantują jego rozwój, czy dają zdrowych, ofiarnych obywateli?

Rozważania tego typu prowadzą do wniosku, że stosowane praktyki regulacji poczęć oraz urodzeń pozostają w ścisłym związku z podstawowymi funkcjami rodziny, między innymi z daniem życia. Stąd wydaje się konieczne przedstawienie opisu zjawiska i jego klasyfikacji.

Od strony teoretycznej, z punktu widzenia demografii, wskazuje się na możliwość wystąpienia pewnych typów antykoncepcji³ czy — inaczej — typów regulacji poczęć i urodzeń. Omawia to zagadnienie między innymi A. Hoder-Niedbała⁴. Autorka wymienia następujące typy antykoncepcji: zatrzymania, opóźnienia, rozstawienia. Pierwszy z nich stosowany jest po szybkim osiągnięciu pożądanej liczby dzieci. Drugi typ występuje przy tendencji do opóźnienia urodzin pierwszego dziecka z uwagi na oczekiwanie lepszych warunków mieszkaniowych, materialnych, czy też zdobywanie wykształcenia i zawodu. Natomiast antykoncepcja rozstawienia wiąże się z dążeniem do osiągnięcia zaplanowanej przez małżeństwo różnicy wieku między dziećmi. Wyróżnione typy antykoncepcji autorka uzasadnia następującymi stwierdzeniami: „Zamiar ograniczenia liczby dzieci wiąże się z pragnieniami:

² Kard. K. Wojtyła. *Teologia rodziny*. Maszynopis.

³ Używamy tutaj terminu, którym posługuje się demografia, a który odpowiada w naszym opracowaniu planowaniu rodzinnemu, w ramach którego ma miejsce regulacja poczęć oraz regulacja urodzeń.

⁴ A. Hoder-Niedbała. *Spoleczno-ekonomiczne uwarunkowania i prawdopodobieństwa powiększenia rodziny*. „Studia Demograficzne” 1971 nr 31.

- 1) nieposiadania ich zbyt późno ze względu na:
 - chęć wychowania dzieci przed osiągnięciem starości;
 - chęć posiadania dzieci w wieku fizycznie najbardziej odpowiednim (tj. młodym);
 - chęć uniknięcia ułomności i wad wrodzonych u dzieci (czego prawdopodobieństwo wzrasta wraz z wiekiem matki);
- 2) uniknięcia ciąży zbyt zbliżonych (ze względów zdrowotnych);
- 3) uniknięcia zbyt dużej różnicy wieku między dziećmi (ze względów wychowawczych);
- 4) odroczenia urodzeń z powodu czekania na lepsze warunki mieszkaniowe, materialne, czy też zdobywanie wykształcenia i zawodu”.

Zaproponowane typy regulacji urodzeń stanowią interesujące uchwycenie występujących w rzeczywistości zachowań, aczkolwiek nie wszystkich. Natomiast przytoczone argumenty można by uznać za w pełni prawdziwe zakładając, że planowanie i realizowanie rodzicielstwa odbywa się w pełni świadomie, z uwagi na dobro dzieci i rodziców.

Propozycja autorki znajduje potwierdzenie w wynikach badań Hein G. Moors⁵. Autor ten wymienia sześć wzorów planowania płodności⁶. Oto one:

1. Wzór poniżej płodności. Płodność pary małżeńskiej jest ograniczona przez warunki biologiczne.
2. Tradycyjny wzór płodności. Para małżeńska stosuje kontrolę płodności opartą o zasady moralne, etyczne lub religijne.
3. Wzór hedonistyczny. Pierwsza przerwa między narodzinami jest bardzo mała na skutek nieefektywności zastosowanego środka antykoncepcyjnego.
4. Wzór reakcji. Pierwsza przerwa urodzinowa taka sama, ale następna regulowana jest przez skuteczny środek antykoncepcyjny.
5. Racjonalny wzór pierwszy. Charakteryzuje się dwoma krótkimi przerwami, w czasie których żadne środki nie będą używane. Rodzina taka zwiększa się gwałtownie.
6. Racjonalny wzór drugi. Urodzenie dosyć późne, następnie szybkie urodzenie drugie. Wzór ten występuje wśród ludzi w starszym wieku.

Wydaje się, że wzór 5 odpowiada antykoncepcji zatrzymania, wzór 4 — antykoncepcji rozstawienia.

⁵ H. S. Moors. *Family planning patterns: An Experiment in Describing Modern Fertility Trends*. W: *Social Change in Europe. Some Demographic Consequences*. Ed. B.W. Frijling. Leiden 1973.

⁶ W tym przypadku planowanie płodności (termin H. S. Moors) należy rozumieć jako planowanie rodziny.

Przedstawione teoretyczne wzory postępowania w zakresie planowania rodziny pozwalają na postawienie następujących pytań: z jakimi typami antykoncepcji mamy do czynienia w społeczeństwie polskim, w jakim stopniu występuje antykoncepcja zatrzymania, opóźnienia, rozstawienia, przez jakie grupy społeczne są one reprezentowane? Inaczej mówiąc: czy mamy do czynienia z planowaniem rodziny według wzoru reakcji, czy też według pierwszego wzoru racjonalnego, albo według wzoru hedonistycznego? Kto te wzory stosuje? Chodzić będzie także o zarysowanie, kto (w jakim wieku i w jakich grupach społecznych, miejscach zamieszkania) stosuje poszczególne typy antykoncepcji? Trzeba będzie zatem sięgnąć do analiz socjologicznych.

Osobne zagadnienie, które być może uda się sformułować na tle powyższej diagnozy — to etap rozwoju, na jakim znalazło się społeczeństwo polskie w tym zakresie.

Dla całości obrazu ważne byłoby także zarysowanie, z jakimi typami korzystających z różnych praktyk regulacji urodzeń mamy do czynienia. Reuben Hill⁷ wskazuje na możliwość wystąpienia następujących kategorii korzystających: zawsze używających różnych metod (*ever users*), nigdy nie używających (*never users*), okazjonalnie używających (*causal users*).

Wskazując na zawsze korzystających z różnych metod kontroli urodzeń Hill wyróżnia wśród nich: ludzi regularnie i długo używających, grupę pośrednią, łatwo rezygnującą z posługiwania się nimi (*quitter*) oraz tych, którzy poddają się sterylizacji.

Ever users charakteryzują się świadomym postanowieniem problemu wielkości rodziny, porozumieniem na ten temat między mężem i żoną, dobrą organizacją całości życia rodzinnego. Dzięki tym cechom stosują skuteczne metody regulacji urodzeń. *Okazjonalni użytkownicy* to tacy, którzy wprawdzie mają motywację do kontrolowania wielkości rodziny, ale nie są zdolni do stosowania kontroli. *Nigdy nie używający* to ci, których cechuje ociążałość w uświadomieniu sobie problemu wielkości rodziny, brak odpowiedniego systemu wartości oraz dezorganizowania życia rodzinnego. *Stosujący sterylizację* to ci, którzy posiadają silną motywację w kierunku kontroli urodzeń, ale mało skuteczną organizację życia rodzinnego, brak znajomości i umiejętności stosowania współdziałania w małżeństwie.

Wymienione typy korzystających tworzą pewne *continuum* od nigdy nie używających do sięgających po sterylizację. Są to dwa krańcowe stanowiska — tradycyjne i nowoczesne.

Zdaniem Hilla wymienione typy korzystających z metod kontroli uro-

⁷ R. Hill. *The Significance of the Family in Population Research*. W: *Family and Fertility*. London 1967.

dzeń występują w krajach europejskich, a także w Puerto Rico i na Jamajce. Zdaniem autora mają one walor typów ogólnych.

Powyższe rozważania dotyczące różnych typów korzystających z metod kontroli urodzeń sugerują nowe pytania, a mianowicie:

- z jakimi typami korzystających mamy do czynienia w Polsce?
- który z typów najczęściej występuje?

Rozpatrując praktyki regulacji poczęć oraz urodzeń z duszpasterskiego punktu widzenia nie możemy pominąć zagadnienia czynników warunkujących kształtowanie się określonych typów antykoncepcji, czy też korzystających z metod kontroli urodzeń. Istotne jest bowiem wyjaśnienie, od czego zależy przyjęcie się danego wzoru praktyk regulacji poczęć i urodzeń? Jakie czynniki torują mu drogę?

Odwołajmy się znowu do Hilla. Jego zdaniem czynnikami przyczyniającymi się do efektywnej kontroli urodzeń są: nowoczesny system wartości (tzw. preferowanie małej rodziny), wystarczająca informacja na temat kontroli urodzeń i stała, efektywna organizacja rodziny.

Podsumowując powyższy tok rozumowania należy stwierdzić, że problem praktyk regulacji urodzeń i poczęć będziemy rozpatrywać nie tylko z uwagi na nie same, ale w powiązaniu z funkcjami rodziny. Wymagać to będzie oceny zjawiska z uwagi na jego stosunek do wskazanych funkcji. Będziemy ponadto dążyli do określenia wzorów „antykoncepcji” lub inaczej wzorów płodności — planowanie rodziny, zgodnie z propozycjami zacytowanym autorów, a ponadto typów korzystających z różnych metod w realizacji wielkości rodziny. Takie ujęcie zagadnienia domaga się postawienia tzw. „pełnej diagnozy”.

Pełna diagnoza obejmuje następujące diagnozy cząstkowe: klasyfikacyjną, typologiczną, genetyczną, znaczenia, fazy oraz prognostyczną albo inaczej rozwojową⁸.

Diagnoza klasyfikacyjna określa wstępnie stan badanej rzeczy, który następnie musi być ujęty w sposób bardziej szczegółowy. Służy temu między innymi diagnoza typologiczna, która pozwala na ustalenie stosunku danego zjawiska do jednego lub kilku typów. Istotnym dalszym zadaniem jest postawienie diagnozy genetycznej, czyli wyjaśnienie przyczyn danego zjawiska. Dokonuje się to poprzez rozłożenie badanego zjawiska na składniki proste, ich uporządkowanie i ustalenie warunków. Kolejnym etapem diagnozy będzie wyjaśnienie znaczenia danego zjawiska dla jakiejś szerszej całości, której ono dotyczy. Ten rodzaj diagnozy pozwala na zobaczenie konsekwencji analizowanego zjawiska. Można również ustalić stadium, w jakim dane zjawisko się znajduje, czyli

⁸ S. Ziemiński. *Problemy dobrej diagnozy*. Warszawa 1973.

postawić diagnozę fazy. Tak szeroko pomyślaną diagnozę można zakończyć jeszcze próbą przewidywania.

Na podstawie wymienionych rodzajów diagnoz cząstkowych można przyjąć następujące określenie diagnozy pełnej: Diagnoza w szerszym znaczeniu — jest to rozpoznanie badanego stanu rzeczy przez zaliczenie go do znanego typu albo gatunku, za pomocą przyczynowego i celowościowego wyjaśnienia tego stanu rzeczy, określenia jego fazy obecnej oraz przewidywania dalszego rozwoju.

Postawienie wyżej wymienionych diagnoz cząstkowych upoważnia do oceny zjawiska z uwagi na funkcje rodziny. Będzie to więc postawienie diagnozy znaczenia, czyli — inaczej — celowościowej. Wiązą się z tym następujące pytania: czy stosowane środki zapewniają obdarzanie potomstwa pełnym zdrowiem, czy je gwarantują — zarówno współtwórcom życia jak i nowemu człowiekowi? Czy spożytkowywane środki pozwalają na rozwój człowieczeństwa u partnerów, czy są wyrazem refleksywności człowieka, samoświadomości, samoposiadania i samostanowienia? Czy powodują odpowiedzialne rodzicielstwo, czy zapewniają warunki do obdarzania dzieci wszelkimi walorami? Jakie konsekwencje przynoszą stosowane środki dla realizacji tych zadań? Ile kobiet i mężczyzn w stanie małżeńskim i pozamałżeńskim jest narażonych na ujemne konsekwencje moralne i zdrowotne stosowanej regulacji poczęć i urodzeń? Ile jest dzieci w rodzinach o różnych wzorach regulacji poczęć i urodzeń; w jakich środowiskach społecznych? Ile dzieci przeżywa ujemne konsekwencje używanych środków?

Z postawionych pytań wynika, że praktyki regulacji poczęć i urodzeń stanowią istotny problem teologii małżeństwa i rodziny. Ta gałąź teologii określa ich cele. Małżeństwo i rodzina jest przedmiotem etyki ustalającej normy współżycia, formułującej zasady wychowawcze, jak również i medycyny wypracowującej normy zdrowia oraz higieny i psychohigieny.

Realizowana polityka populacyjna w konsekwencji prowadzi do wytworzenia pewnych postaw wobec tych zagadnień. Mogą one stanowić przyczynę stosowania odpowiednich praktyk regulacji urodzeń, a ponadto postawy są zwykle dość trwałe i nie tak łatwo je zmienić. Ich ustalenie jest ważne z uwagi na stawianie prognoz, jak również ze względu na poszukiwanie sposobów transformacji zaistniałej sytuacji. Z uwagi na występujące trendy w ruchu naturalnym ludności można będzie pokusić się także o prognozę w omawianej dziedzinie.

Przedstawiona powyżej problematyka wskazuje na potrzebę ujęcia różnych jej zakresów. Trzeba będzie zacząć od zarysowania zasadniczych zjawisk ruchu naturalnego, aby na tym tle scharakteryzować tendencje w zakresie występowania praktyk regulacji poczęć i urodzeń. Opis situa-

cji dopiero pozwoli na przejście do meritum zagadnienia. Jego przedstawienie stanie się podstawą do oceny stanu rzeczy w tym zakresie, z różnych zresztą punktów widzenia. Na marginesie tych ostatnich spraw można będzie zwrócić uwagę na problem postaw wobec regulacji poczęć i urodzeń.

1. SYTUACJA DEMOGRAFICZNA POLSKI A WZORY REGULACJI POCZĘĆ I URODZEŃ

Właściwe rozeznanie w zakresie stosowanych praktyk regulacji poczęć i urodzeń wymaga postawienia pełnej diagnozy. Obejmuje ona następujące diagnozy: klasyfikacji, genetyczną, znaczenia, fazy oraz prognostyczną. Punktem wyjścia dla diagnozy cząstkowej klasyfikacyjnej jest przede wszystkim opis omawianego zagadnienia. Opis ten zresztą jest ważny dla diagnozy znaczenia, fazy oraz prognozy. W naszym przypadku istotne będzie przedstawienie rozrodczości⁹ oraz składającej się na nią płodności¹⁰ i dzietności¹¹. Pozwoli to na wskazanie (przy uwzględnieniu takich zmiennych jak: czas, wiek, miejsce zamieszkania, rodzaj wykonywanej pracy) faz kształtowania się postępowania regulującego poczęcie w życiu kobiety, w stosunku do całego jej cyklu rozrodczego oraz na stwierdzenie zależności tego postępowania od wymienionych wyżej zmiennych.

Podstawowym opracowaniem, z którego w tym miejscu będziemy korzystali, jest *Rozrodczość w latach 1945-2000* Z. Smolińskiego, które ukazało się w 1971 r. Publikacja ta obejmuje statystyczną analizę procesu rozrodczości w przeszłości, w powiązaniu z przyszłością, uwzględniając wielkość populacji, w której dokonuje się proces reprodukcji ludności i jej strukturę. Autor różnicuje grupy ludności zależnie od stopnia intensywności reprodukcji ludności i wreszcie od występującego w tych grupach poziomu aktywności rozrodczej. Podstawowym materiałem dla omawianej publikacji są dane statystyczne ruchu naturalnego ludności. Dotyczą one okresu od 1946 do 1969 r., dane te dla lat 1946 i 1947 mają charakter szacunkowy ze względu na braki uporządkowanej rejestracji urodzeń.

⁹ Rozrodczość — inaczej rodność: „[...] natężenie urodzeń w badanej zbiorowości ludzi w badanym okresie do liczby ludności tej zbiorowości w połowie badanego okresu lub do średniej liczby ludności”. J. Holzer. *Demografia*. Warszawa 1970 s. 175.

¹⁰ Płodność — „[...] natężenie urodzeń w badanej populacji kobiet będących w wieku rozrodczym”. Tamże s. 176.

¹¹ Dzietność — „[...] przeciętna liczba dzieci rodzonych przez kobietę w ciągu całego okresu rozrodczego, przy stałym poziomie cząstkowych współczynników dzietności”. Tamże s. 267.

Autor opracowania zajmuje wobec tego postawę ostrożną i krytyczną co do uzyskanego materiału.

a) Rozrodczość, płodność i dzietność w latach 1945-1969 a tendencje do regulowania przyrostu naturalnego

Jak kształtowała się rozrodczość w okresie od 1946 do 1969 roku? Dzieląc ten czas na 5-letnie podokresy stwierdzamy, że liczba urodzeń żywych w kolejnych okresach czasowych kształtowała się następująco: ok. 3,9 mln, 3,7 mln, 2,9 mln, 2,65 mln. Widzimy zatem względną tendencję spadkową. Smoliński zauważa następujące odmienne tendencje w omawianych okresach: wzrost liczby urodzeń w latach 1946-1950, stabilizacja poziomu płodności w latach 1951-1955, zapoczątkowanie spadku płodności w latach 1956-1960, pogorszenie struktury wieku kobiet w latach 1961-1965, wzrost liczby kobiet w wieku największej płodności (20-24 lata) w latach 1966-1970.

Wskazaną wyżej sytuację w zakresie urodzeń żywych potwierdzają współczynniki urodzeń obliczone na 1 000 mieszkańców¹². Wynika z nich, że wzrost urodzeń trwa od 1951 r., po czym następuje ich spadek przez okres 17 lat. Współczynniki te wyglądają następująco: 30,7 oraz 13,8.

Rozłożenie współczynników urodzeń na terenie Polski układało się różnie. W r. 1948 współczynniki dla miasta i wsi były bardzo zbliżone (32,1 i 33,6), przy czym znacznie wyższe były dla województw zachodnich i północnych (odpowiednio 33,9 i 41,5) i niższe dla pozostałych (odpowiednio 26,9 i 28,1). Różnica między wymienionymi grupami województw jest znana. W miarę upływu czasu różnicowały się znacznie współczynniki między miastem i wsią, by w końcu znów zbliżyć się do siebie pod koniec lat sześćdziesiątych.

Wyżej przedstawiona ogólna charakterystyka rozrodczości, daleka zresztą od dokładności, daje możliwość ramowego nakreślenia tendencji w interesującym nas zjawisku. Można przypuszczać, że stosowanie różnych praktyk regulacji poczęć i urodzeń, a więc wzorów planowania rodziny, z większym natężeniem rozpoczęło się bardzo wyraźnie po r. 1955 (mimo wzrostu liczby kobiet o największej płodności). Zatem okres intensywnego posługiwania się różnymi metodami regulacji poczęć i urodzeń trwa już co najmniej 18 lat, a więc prawie przez jedną generację.

Proces, o którym mowa, z mniejszą intensywnością ukształtował się

¹² Współczynnik urodzeń — „[...] oblicza się dzieląc roczną liczbę urodzeń żywych przez średnią liczbę ludności. Współczynnik oblicza się zazwyczaj na 1000”. *Wielojęzyczny słownik demograficzny*. Warszawa 1966 s. 77.

już po 1951 r. i toruje sobie drogę zarówno w mieście jak i na wsi. Początkowo szybkość jego rozwoju jest większa w środowisku miejskim. Stąd znane różnice ilościowe w stosunku do wsi. Czas oddziaływania stosowanych metod regulacji poczęć i urodzeń jest zatem różny dla miast i wsi. W ostatnich latach jednak natężenie tego procesu jest zbliżone w obu środowiskach.

Dotychczasowa analiza rozrodczości w Polsce upoważnia tylko do zarysowania ramowych tendencji w zakresie realizowanych wzorów urodzeń i regulowania przyrostu naturalnego. Wybór praktyk w tym zakresie należy do partnerów-rodziców. Postępowanie takie możemy pośrednio analizować poprzez rozpatrzenie płodności kobiet. Rozumiemy przez nią aktywność rozrodczą kobiet w wieku rozrodczym. Mierzy się je współczynnikiem płodności¹³, który wyraża stosunek urodzeń do liczby kobiet. Charakterystyka interesującego nas problemu przy pomocy tego współczynnika daje bardziej prawidłowy obraz, gdyż urodzenia odnosimy do kobiet w wieku rozrodczym, tzn. między 15 a 49 rokiem życia.

Współczynniki płodności są w dużym stopniu zależne od liczby potencjalnych matek. W omawianym okresie (do 1955 r.) liczba potencjalnych matek systematycznie wzrastała. Również od r. 1956 wchodzi „bogate” roczniki kobiet, ale równocześnie z okresu rozrodczego wychodzi liczna grupa kobiet urodzonych w latach 1906-1910. W rezultacie liczba potencjalnych matek spada. W następnej pięcioletce przyrost liczby matek jest również nieduży, gdyż odpływa duża liczba kobiet urodzonych w latach 1911-1915. Dopiero w następnym etapie mamy gwałtowny wzrost liczby matek z pierwszego wyżu po II wojnie światowej. Po tym czasie liczba potencjalnych matek stopniowo się zmniejsza. Ogólnie można powiedzieć, że od r. 1946 do r. 2000 liczba matek wzrosła o 3,2 mln osób, z tego 66% (tj. 2,1 mln) przypada na lata 1961-1975, tj. okres 15 lat. Należałoby więc oczekiwać przyrostu liczby urodzeń. Tymczasem okazało się, że w latach 1961-1975 liczba urodzeń nie przekroczyła 630 tys. Zdaniem Smolińskiego taka sytuacja świadczy o decydującym wpływie innych czynników na liczbę urodzeń.

Jak kształtuje się płodność w skali ogólnokrajowej biorąc pod uwagę wiek kobiet? Otóż w miastach wg danych za rok 1950 wynika, że płodność kobiet systematycznie rośnie od 24 roku życia. W przypadku wsi maksimum przypada na 25 rok życia. Po przekroczeniu tego wieku płodność jest znikoma — 2 urodzenia na 100 kobiet, czyli że okres rozrodczości nie jest wykorzystywany do końca. W warunkach wiejskich krzywa

¹³ Współczynnik płodności — stosunek liczby urodzeń do liczby kobiet w wieku rozrodczym. Tamże s. 78.

plodności kształtuje się podobnie (jeżeli chodzi o ogólną tendencję) z tym, że współczynnik plodności coraz bardziej przeważa nad analogicznym w mieście, począwszy od 22 roku życia kobiet wiejskich. W wieku powyżej 40 lat plodność kobiet wiejskich jest już ponad dwukrotnie wyższa. Stwierdza się ponadto, że stosunkowo wysoki współczynnik plodności kobiet mieszkających w mieście w okresie powojennym wynikał z tego, że młodzież wiejska i inne osoby nie obciążone nadmiernie obowiązkami rodzinnymi migrowały ze wsi do miast. W miastach zakładali rodziny, podnosząc tym samym liczbę małżeństw, a następnie w konsekwencji i liczbę urodzeń. Jednocześnie malały współczynniki urodzeń na wsi. Kiedy w 1955 r. ograniczono migrację ze wsi do miast, sytuacja się odwróciła. Istotnym więc czynnikiem kształtującym współczynniki plodności dla miast była migracja ludności wiejskiej.

Maksimum plodności kobiet przed wojną (1931-1932) przypadało w miastach na grupę w wieku 25-29 lat. Tymczasem porównując relacje współczynników między grupami 20-24 i 25-29 lat stwierdzamy, że wynoszą one 135 i 101. Oznacza to przesuwanie się ciężaru plodności kobiet na młodsze roczniki, czyli skracanie okresu rozrodczego kobiet. Zdaniem Smolińskiego należy oczekiwać, że rodzenie dzieci zostanie ograniczone czasowo do wieku poniżej 35 lat.

Począwszy od r. 1951 obserwujemy wyraźny spadek poziomu plodności i to tym szybszego, im starsza grupa wieku (20-24 lat o ok. 70%, 25-29 lat o 85%, 30-35 lat 2,5-krotnie, 35-39 lat 3-krotnie, 40-44 lat 4-krotnie). Ogólnie można stwierdzić, że nastąpił spadek przeciętnej plodności do poziomu poniżej 50% stanu maksymalnego z r. 1951 i lat sąsiednich. W warunkach miejskich maksymalna plodność wystąpiła w 1951 r., po czym szybko spada, aby przejść w fazę wygaszania spadku. Na wsi wysoka plodność utrzymuje się do r. 1957, później łagodnie się obniża. Spadek plodności na wsi wystąpił z 6-letnim opóźnieniem w stosunku do miast. Podobne tendencje stwierdzamy w skali województw. Omawiane powyżej trendy demograficzne potwierdzają również współczynniki reprodukcji¹⁴.

Przytoczone informacje w odniesieniu do kobiet potwierdzają wskazane poprzednio ogólne tendencje demograficzne. Bliższa ich charakterystyka pozwala na stwierdzenie, że z ograniczeniem plodności mamy do czynienia począwszy już od 24 roku życia (w przypadku kobiet miejskich,

¹⁴ Współczynnik reprodukcji — współczynnik reprodukcji netto kobiet — jest to liczba żywych córek, jaką wydałaby na świat hipotetyczna grupa nowo urodzonych dziewcząt, podlegająca istniejącej w danym czasie plodności i wymieralności według wieku. Tamże s. 84.

a u kobiet wiejskich o rok później). Nasuwa się zatem ogólny wniosek o skracaniu do minimum okresu rozrodczego, a przedłużaniu okresu zapobiegania poczęciu oraz urodzeniu dziecka, czyli poszerza się okres stosowania różnych metod regulacji poczęć i urodzeń. Nasuwa się ponadto stwierdzenie, że w tej sytuacji mamy do czynienia przede wszystkim z antykoncepcją zatrzymania (lub inaczej z wzorem racjonalnym pierwszym), czyli gwałtownym wzrostem liczebnym rodziny w krótkim czasie. Przytoczone wyżej dane mówią także o tym, że wzrost stosowania wymienionych rodzajów antykoncepcji rozpoczął się w mieście w r. 1951, a na wsi w r. 1957. Czas oddziaływania tego rodzaju postępowania w przypadku miast wynosi 23 lata, w przypadku wsi — 17 lat.

Zdaniem Smolińskiego „analizując proces reprodukcji ludności nie można poprzestać na ograniczeniu się tylko do charakterystyk ogólnych lub prezentujących ten proces z jednego określonego punktu widzenia”. Ponadto współczynniki płodności (o których była mowa), wyrażają zaobserwowaną w pewnym okresie czasu (np. roku) częstość urodzeń, pochodzących z określonej grupy kobiet. Przy tym spojrzeniu nie uwzględnia się „historii rozrodczości” kobiet i ich przeszłych urodzeń. Co innego mówi np. fakt wysokiej częstości urodzeń w przypadku kobiet młodych, lub tych, których „dotychczasowa rozrodczość jest uboga, co innego, gdy dotyczy kobiet posiadających już po kilkoro dzieci”. Stąd wydaje się konieczne zastosowanie takiego miernika, który pozwoli na ocenę zjawiska z punktu widzenia dotychczasowej płodności kobiet. Miernikiem tym jest „dzietność”. Termin ten oznacza w najogólniejszym ujęciu liczbę dzieci posiadanych przez kobietę w danym momencie, lub urodzonych do tego momentu. Dzietność można korelować z wiekiem kobiet i ich sytuacją społeczno-zawodową.

Ogólnie sytuacja przedstawia się następująco: wśród kobiet pracujących poza rolnictwem występuje ograniczenie częstotliwości matek, niższa dzietność oraz ograniczenie się do mniejszej liczby dzieci. Inaczej sytuacja ta przedstawia się wśród kobiet pracujących w rolnictwie, gdzie, jak się okazuje, praca nie wpływa na ograniczenie dzietności kobiet. Zachodzą również różnice między kobietami czynnymi zawodowo a pozostającymi na utrzymaniu. Częstotliwość kobiet mających dzieci jest wśród niepracujących znacznie wyższa niż wśród czynnych zawodowo. Tendencja ta wyraźnie zarysowuje się w grupie kobiet od 18 do 24 lat. Wśród czynnych zawodowo tylko 25% ma dzieci, natomiast wśród pozostających na utrzymaniu wskaźnik ten wynosi 60%. Udział matek w populacji kobiet wzrasta z wiekiem kobiety, do osiągnięcia maksimum w wieku 30-34 lat (częściowo w wieku 35-49 lat), po czym systematycznie spada.

Jakie są czynniki dzietności w poszczególnych grupach społeczno-zawodowych? Wskaźniki, o których będzie mowa, obliczono w stosunku

do ogółu kobiet, a także w stosunku do liczby matek. W 1960 r. na 100 kobiet w wieku rozrodczym przypada 101 dzieci. Wskaźnik ten obliczony dla matek wynosi 221 dzieci.

Przy podziale na grupy społeczno-zawodowe wskaźniki dzietności obliczane na 100 kobiet wynoszą w rolnictwie 116, przy czym wśród czynnych zawodowo w rolnictwie 124, a wśród nie pracujących 74; wśród zamężnych czynnych zawodowo w rolnictwie 168, a wśród utrzymywanych 159; wśród niezamężnych odpowiednio wskaźniki te wynoszą 19 i 16.

Inaczej przedstawia się pod tym względem sytuacja wśród pracujących poza rolnictwem. Zróżnicowanie w tej grupie jest znaczne. Wskaźnik dzietności dla czynnych zawodowo wynosi 80, a dla utrzymywanych 129, wśród zamężnych czynnych zawodowo — 130, utrzymywanych — 166, a wśród niezamężnych odpowiednio 21 i 2.

Przedstawiona sytuacja zmienia się, jeżeli omawiane wskaźniki obliczymy tylko dla samych matek. Między czynnymi zawodowo w rolnictwie i utrzymywanymi różnica jest minimalna (245 i 253). Podobnie mała różnica występuje między zamężnymi czynnymi zawodowo i utrzymywanymi. Natomiast wskaźnik ten jest znacznie wyższy dla niezamężnych czynnych zawodowo niż dla utrzymywanych. Wśród kobiet poza rolnictwem wskaźniki są znacznie niższe dla pracujących zawodowo niż dla będących na utrzymaniu. Jeżeli chodzi natomiast o wpływ wieku, to okazuje się, że u kobiet zatrudnionych w rolnictwie dzietność osiąga maksimum w grupie 35-39 lat. Podobnie kształtuje się sytuacja wśród kobiet pracujących poza rolnictwem (z tym, że dzietność u kobiet w poszczególnych grupach wieku jest niższa niż w rolnictwie).

W związku z dzietnością pozostaje jeszcze zagadnienie struktury urodzeń według ich kolejności. Ogólnie można stwierdzić, że poczynając od urodzeń w kolejności „3” każdy następny numer kolejności występuje prawie dwukrotnie rzadziej niż bezpośrednio poprzedzający. Ściślej biorąc, odpowiednie wskaźniki stanowią 50-60% wartości wskaźników poprzedzających. Należy stwierdzić, że w grupach wieku 20-25, 25-29 oraz 30-34 istnieje tendencja do przesuwania struktury urodzeń w kierunku wzrostu udziału kolejności „1” i „2”. Kobiety te przechodząc do następnych grup wieku (35-39 i 40-44) mimo posiadania potencjalnych możliwości rodzenia dalszych dzieci, wycofują się z procesu rozrodczego.

Dzietność o której była mowa wskazuje, że praktyki regulacji poczęć i urodzeń występują w stosunkowo młodym wieku kobiet, gdyż ich cykl rozrodczy jest wykorzystywany w małym zakresie. Natężenie stosowania praktyk zapobiegawczych jest wcześniejsze wśród czynnych zawodowo poza rolnictwem, w mieście. W mniejszym stopniu występuje wśród kobiet pracujących w rolnictwie.

Przedstawiona sytuacja pozwoliła jednocześnie na wysunięcie pewnych hipotez w zakresie tendencji do regulacji poczęć i urodzeń. Na ich podstawie możemy wysunąć również przypuszczenie co do wzorów w tym zakresie. Ogólna charakterystyka rozrodczości wskazuje, że kształtowanie omawianych wzorów rozpoczęło się już od r. 1951, a nabrało szczególnego nasilenia po r. 1955. Stosowane wzory okazały się dość skuteczne, gdyż mimo wzrostu liczby kobiet o największej płodności zmniejszyła się rozrodczość. Zwraca uwagę również fakt, że utrwalanie się tych wzorów trwa od 18 do 22 lat, co zapewne nie pozostanie bez wpływu na następną generację.

Przyjmowanie się wzorów regulacji poczęć i urodzeń szczególnie silnie występowało w środowisku miejskim, ale z czasem także i na wsi. W ostatnim okresie stwierdza się duże podobieństwo pod tym względem między środowiskiem miejskim i wiejskim. Warto nadto zaznaczyć, że obserwuje się sezonowość w stosowaniu praktyk regulacji poczęć i urodzeń. Można oczekiwać, że ich występowanie wzmacnia się w następujących miesiącach: styczniu, lutym, listopadzie i grudniu. Można więc wskazać na zbieżność wzorów między miastem i wsią, a także należy stwierdzić występowanie sezonowych wzorów zapobiegania urodzeniom.

Dokładne przyjrzenie się rozrodczości poprzez analizę płodności pozwala na bliższe scharakteryzowanie występujących wzorów regulacji urodzeń. Okazuje się, że wzory te rozwijają się już od 24 roku życia w przypadku kobiet miejskich, a od 25 roku wśród kobiet wiejskich. Czas realizacji tych wzorów jest znacznie dłuższy niż wzór rodzenia. W stosunku do biologicznego okresu rozrodczego jest on kilkakrotnie dłuższy niż okres płodności. Na podstawie powyższych stwierdzeń dochodzimy do wniosku, że wzorem realizowanym w zakresie regulacji poczęć i urodzeń jest przede wszystkim wzór zatrzymania.

Dalsza analiza omawianego problemu pozwala na wskazanie, kto i w jakich warunkach stosuje wzór zatrzymania. Ogólnie można powiedzieć, że dotyczy to przede wszystkim kobiet, które przekroczyły 34 rok życia, pracują poza rolnictwem i mieszkają w mieście. Wzór ten stosują kobiety po urodzeniu jednego dziecka, a na pewno po dwojgu. Na podstawie danych statystycznych Smoliński rysuje (w związku z wymienionymi prawidłowościami) następujący model kobiety. „Będzie ona osobą posiadającą co najmniej zawodowe lub średnie ogólne wykształcenie. Po ukończeniu nauki podejmie pracę zawodową, którą będzie kontynuować po zawarciu związku małżeńskiego. Związek małżeński zawrze w nieco późniejszym wieku niż jej poprzedniczki. Dziecko nie stanie się dla niej pierwszą potrzebą. Jeżeli urodzi je, będzie pracować w dalszym ciągu. Będzie dążyć raczej do odsunięcia momentu urodzenia pierwszego dziecka na później, w wieku 25-29 lat, po „urządzeniu się”. Pracować będzie w dal-

szym ciągu, uznając to za istotną potrzebę nie tyle z uwagi na warunki materialne, ile z pobudek emocjonalnych. Jej status w rodzinie ulegnie zmianie, opierać się będzie na zasadzie współpartnerstwa, z całkowitym podziałem obowiązków domowych. Przy sprzyjających okolicznościach w kilka lat po urodzeniu pierwszego dziecka urodzi drugie, nie przerywając pracy zawodowej. Tylko komplikacje natury zdrowotnej lub chęć posiadania (czy przypadek) dalszych dzieci spowoduje, że będzie musiała zrezygnować z pracy zawodowej, poświęcając się całkowicie rodzinie”.

Przedstawiony model kobiety sugeruje na przyszłość jeszcze inne wzory regulacji poczęć i urodzeń; a mianowicie wzór opóźnienia oraz wzór rozstawienia. Wzór zatrzymania stosowany jest także na wsi, wśród pracujących w rolnictwie i zjawia się bezwzględnie po osiągnięciu trójki dzieci. Zatrzymanie się okresu rozrodczości w wieku 34 lat i szybkie uzyskanie pożądanej liczby dzieci wskazuje, że mamy do czynienia z wzorem racjonalnym pierwszym, przy którym następuje szybkie, w krótkim czasie, stworzenie rodziny.

Z jakim typem rodzin korzystających z różnych metod regulacji urodzeń prawdopodobnie mamy do czynienia, opierając się na powyższych danych? Wydaje się (w oparciu o klasyfikację R. Hilla), że mamy do czynienia przede wszystkim ze stałym „użytkownikiem”, skoro do minimum zostaje ograniczony okres rozrodczy. Wysuwamy to tylko jako hipotezę z uwagi na to, że Hill nie wyjaśnia, co zalicza do skutecznych metod regulacji urodzeń. Jeżeli nie wchodzi w ich zakres przerywanie ciąży (które stanowi w Polsce poważnie nasilone zjawisko), lub *coitus interruptus*, to raczej należałoby powiedzieć o występowaniu u nas przede wszystkim tak zwanego okazjonalnego użytkownika. Sądzę, że dalsze dane wyjaśnią bliżej ten problem.

b) Ograniczanie poczęć i urodzeń

Analiza danych dotyczących ruchu naturalnego ludności w Polsce w latach 1945-2000 pozwoliła na wskazanie pewnych tendencji w zakresie planowania urodzeń. Stwierdziliśmy, że mamy do czynienia przede wszystkim z antykoncepcją zatrzymania, w mniejszym zaś stopniu z antykoncepcją opóźnienia. W odniesieniu do tego problemu posiadamy jedno z nielicznych badań, które z pewnymi zastrzeżeniami może być potraktowane jako reprezentacyjne dla społeczeństwa polskiego, a podejmujące między innymi zagadnienia ograniczania potomstwa¹⁵. Badania te były

¹⁵ Posługuję się tutaj terminologią M. J. Ziomka. Chodzi oczywiście o ograniczenie poczęć i urodzeń.

przeprowadzone w latach 1963-1964 pod kierunkiem M. J. Ziomka na zlecenie Komitetu Nauk Demograficznych PAN.

Interesujący nas tu problem rozpatrzono w publikacjach w kontekście następujących zmiennych: wiek, liczba posiadanych dzieci, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa, stanowisko społeczne, wykształcenie, stan zdrowia. Z ogółu badanych kobiet (1931) 77% ogranicza urodzenia, wśród nie mających dzieci ogranicza 31%. Następnie procent ten bardzo się zwiększa. Kobiety posiadające 1 dziecko ograniczają w 71% (czyli więcej niż 2/3). Przy dwojgu i trojgu dzieciach ogranicza urodzenia dalszych ponad 4/5 badanych kobiet. Interesujący jest fakt, że liczba ograniczających potomstwo zmniejsza się przy posiadaniu czworga i więcej dzieci (74%). E. Vielrose stwierdza, że biorąc pod uwagę tylko kobiety w wieku rozrodczym, 80% ogranicza liczbę potomstwa. W *Ankiecie rodzinnej* 1972 zanalizowano to zagadnienie dokładniej. W miejsce problemu ograniczania potomstwa wprowadza się dwa zagadnienia: kobiety stosujące antykoncepcję i przerywające ciążę. Trudno więc porównać to z badaniami Ziomka¹⁶.

W badaniach dotychczasowych stwierdzono, że na 16 160 mężatek 56,6% stosuje środki lub sposoby antykoncepcyjne. Zdaniem opracowującego wyniki ankiety Smolińskiego¹⁷ tak niski procent stosujących antykoncepcję jest rzeczą mało prawdopodobną i należy przypuszczać, że nie ujawniono takich praktyk jak „stosunek przerywany” lub „kalendarzyk małżeński”. Wśród mających dzieci najczęściej stosują środki antykoncepcyjne grupy kobiet trójdzietnych (74,6%). Przy posiadaniu czworga i więcej dzieci procent ten spada do 68,19%.

Z uwagi na wiek kobiet regulacja występuje przede wszystkim między 30 a 39 rokiem życia (83%), przy tym zachodzi znaczna różnica między kobietami mieszkającymi w mieście i na wsi. Odpowiednie procenty wynoszą 88 i 80. Ciekawe, że procent ograniczających potomstwo jest wprost zależny od liczby dzieci i od wieku. Najwyższy procent występuje przy trojgu dzieciach i w wieku 20-39 lat (94 i 96). Stąd niemal 100% kobiet stosuje różne sposoby regulacji urodzeń po osiągnięciu trojga dzieci. Jest to ważne spostrzeżenie z punktu widzenia duszpasterskiego. W wieku powyżej 40 lat liczba kobiet trójdzietnych ograniczających ilość potomstwa wyraźnie spada. Wykształcenie nie stanowi tu istotnego czynnika różnicującego. Przy wykształceniu podstawowym procent ograniczających wynosi 68, przy wyższym 81 (czyli różnica wynosi 13%). Róż-

¹⁶ *Wyniki badań nad płodnością kobiet w Polsce*. Pod red. E. Vielrose. Warszawa 1966.

¹⁷ *Stan i perspektywy dzietności (II)*. (Ankieta rodzinna 1972) Warszawa 1973.

nice te są jeszcze mniejsze, jeżeli rozpatrujemy to zagadnienie z uwagi na dwie zmienne: wykształcenie i miejsce zamieszkania. W tych przypadkach różnica wynosi 9⁰/₀. Z uwagi na wykształcenie kobiety i środowisko (wieś-miasto) różnica kształtuje się w granicach 5-7⁰/₀. Przy każdym jednak poziomie wykształcenia mniej jest kobiet ograniczających potomstwo na wsi niż w mieście. Z danych *Ankiety rodzinnej* wynika, że kobiety z wykształceniem podstawowym niepełnym stosują antykoncepcję w 42⁰/₀, podczas gdy kobiety z wyższym wykształceniem robią to w 77⁰/₀, pomimo że w tej ostatniej kategorii są na ogół osoby jeszcze młode, bezdzietne lub małodzietne. Kobiety mieszkające w mieście stosują antykoncepcję w 60,3⁰/₀ a na wsi w 47,9⁰/₀.

Aktywność zawodowa bardziej wpływa na regulację urodzeń niż bierność zawodowa. Różnica wynosi 7⁰/₀, nie jest więc wysoka. Zaznaczają się pewne różnice między wymienionymi kategoriami kobiet w powiązaniu z liczbą posiadanych dzieci. Ograniczanie potomstwa osiąga najwyższy procent u kobiet czynnych zawodowo w przypadku posiadania przez nie dwojga dzieci. U biernych zawodowo taka sytuacja występuje dopiero przy trojgu dzieciach.

W *Ankiecie rodzinnej* ujawnia się niewielka różnica między pracownikami umysłowymi zatrudnionymi w rolnictwie i w pozarolniczych działach gospodarki. Odpowiednie procenty wynoszą 74,9 i 69,5. Znacznie niżej przedstawiają się odsetki wśród pracownic fizycznych w wymienionych działach; odpowiednio wynoszą 43,8⁰/₀ i 54,5⁰/₀. W badaniach Ziomka stwierdzono również, że te rodziny, które „wcześniej dochodzą do pożądanej przez siebie liczby dzieci, stosunkowo częściej ograniczają potomstwo niż te rodziny, w których dzieci przychodzą na świat w dłuższych odstępach czasu”. W dalszych uwagach autor opracowania wyciąga następujące wnioski: „[...] obecnie coraz bardziej powszechny staje się w małżeństwie zwyczaj, aby możliwie prędko wydać na świat upragnioną liczbę dzieci, a następnie unikać dalszych poczęć”. Wniosek powyższy potwierdza nasze spostrzeżenia dotyczące występowania antykoncepcji zatrzymania.

2. WZORY STOSOWANYCH PRAKTYK REGULACJI POCZĘĆ I URODZEŃ

Dotychczasowe rozważania pozwoliły na określenie tylko najbardziej ogólnych wzorów rodzicielstwa oraz typologii realizatorów. Przedmiotem naszych rozważań są jednak konkretne praktyki regulacji poczęć i urodzeń, a więc środki, dzięki którym realizowane są powyższe wzory.

Dokonanie klasyfikacji stosowanych środków jest bardzo trudne¹⁸; można bowiem przyjąć różne kryteria. Najogólniej rzecz ujmując wyróżniamy dwie grupy środków: zapobiegających poczęciu oraz niszczących poczęte życie. W grupie pierwszej możemy przyjąć następujące kryteria podziału stosowanych metod lub środków: z uwagi na stosunek stosowanych środków do praw rządzących płodnością oraz z uwagi na mechanizm przeciwdziałający powstawaniu życia lub na stosunek do praw moralnych.

W pierwszym przypadku mamy do czynienia ze środkami (sposobami) przeciwnymi lub zgodnymi z prawami rządzącymi płodnością. Z uwagi na mechanizm oddziaływania na poczęcie wyróżniamy środki chemiczne, mechaniczne i *coitus interruptus*. Z punktu widzenia norm moralnych stosowane metody są z nimi zgodne lub nie.

Zgodna z prawami płodności jest metoda termiczna lub metoda Ogino-Knausa¹⁹. Pozostałe są przeciw „naturze”. Podobnie też układa się stosunek tych metod do zasad moralnych. Można ponadto dokonać podziału metod z uwagi na to, kto stosuje: kobieta, mężczyzna czy oboje. Do środków działających chemicznie należą wszelkie pigułki antykoncep-

¹⁸ Zagadnienie stosowanych środków przeciw poczęciu i przeciw urodzeniu dzieci jest wyjątkowo niejasne. Wskazują na to bardzo różne ujęcia tego zagadnienia, między innymi sposób klasyfikacji środków. W książce *Położnictwo i ginekologia*, pod red. prof. I. Roszkowskiego na s. 514 znajdujemy między innymi następujące stwierdzenie: „Środki stosowane dla zapobiegania ciąży dzielą się na środki o działaniu mechanicznym i chemicznym”. Po czym następuje wyjaśnienie mechanizmu działania środków mechanicznych, z kolei na s. 515 wymienione są środki chemiczne, a po nich następuje stwierdzenie: „Ostatnio opracowane metody wykorzystują działanie syntetycznych pochodnych estrogenów i progesteronu do zahamowania owulacji, przez co uniemożliwiają jajczkowanie, a tym samym zapłodnienie”. A więc autor nie traktuje środków hormonalnych jako odrębnych. Chyba słusznie, skoro jako zasadę podziału podaje sposób działania: mechaniczny lub chemiczny.

E. Sujak w książce W. Fijałkowskiego. *Biologiczny rytm płodności a regulacja urodzeń*. Warszawa 1971 s. 176-177 wymienia trzy rodzaje środków: mechaniczne, chemiczne oraz hormonalne. Autorka ta zresztą zauważa w odniesieniu do środków mechanicznych, że dzielą się one na te, które stawiają zaporę uniemożliwiającą połączenie się plemników z komórką jajową, bądź uniemożliwiającą zagnieżdżenie się zapłodnionego jaja w endometrium. To ostatnie działanie środków mechanicznych jest traktowane jako środek niszczący życie. Przytaczam powyższe stanowiska dla pokazania, jak nawet wśród znawców zagadnienia brak jest jasnego ustawienia zagadnienia. Dla celów niniejszego opracowania istotne wydaje się nie tyle rozróżnienie środków (choć nie odbiega ono w opracowaniu od przyjętych w tym względzie zasad), co ocena moralna, która nie podlega dyskusji w przypadku wskazanych środków. Jeżeli w opracowaniu zatrzymano się przy ich omawianiu, to tylko w tym celu, aby uświadomić fakt różnicowania sytuacji w tym względzie i pokazać konsekwencje.

¹⁹ Niektórzy autorzy wymieniają jeszcze osobno: obserwację wydzielania śluzu szyjkowego.

cyjne, do działających mechanicznie — błony, prezerwatywy. Osobne miejsce zajmuje stosunek przerywany oraz praktykowana w niektórych krajach sterylizacja. Wymienione metody należą do szerszej grupy, mającej na celu niedopuszczenie do powstania poczęcia. Metodą niszczącą poczęte życie jest przerwanie ciąży lub stosowanie spiral IUD.

Powstaje pytanie, z jakich środków korzystają ci, którzy realizują antykoncepcję zatrzymania i stanowią stałych lub okazjonalnych użytkowników różnych metod? W odpowiedzi na to pytanie posłużymy się następującymi publikacjami: *Stan i perspektywy dzietności rodzin. II. (Ankieta rodzinna 1972)*. Tom ten obejmuje antykoncepcję oraz przerywanie ciąży. Obok tej pracy należy wymienić artykuł M. Sokołowskiej i B. Łobodzińskiej²⁰ oraz M. M. Lecha²¹.

Dane odnośnie do przerywania ciąży podaje także zarówno „Rocznik Statystyczny Zdrowia”, jak i opracowanie *Kobieta w statystyce*. Interesujących danych dostarcza referat S. Klonowicza, wygłoszony na Międzynarodowej Konferencji Socjologii Medycyny²². Ponadto autorka niniejszego opracowania dysponuje danymi dotyczącymi jednego województwa oraz jednego miasta powiatowego²³.

a) Środki chemiczne jako wzory praktyk regulacji poczęć

Dane na temat korzystania z tzw. środków chemicznych obrazują: ilość nabywania ich przez apteki i szpitale oraz ilość zużytych, tzn. sprzedanych środków. Spośród produkowanych środków szczególne miejsce zajmowały do r. 1969 globulki Zet. Ilość wyprodukowanych w r. 1961 wynosiła 19 744 000, a w r. 1968 zmniejszyła się do 832 000. Miejsce tego środka w r. 1969 zajmuje Femigen²⁴, którego wyprodukowano 10 167 000 opakowań. Następnym (jeśli chodzi o ilość) produkowanym środkiem były tabletki Afro (w r. 1965 — 252 000 szt.). Kolejnym środkiem była galaretka Preventin (w 1968 r. — 68 000 szt.). Tak przedstawia się produkcja. Można więc stwierdzić, że np. w 1965 r. planowano 11 588 000

²⁰ M. Sokołowska, B. Łobodzińska. *Środki antykoncepcyjne i przerywanie ciąży*. „Problemy Rodziny” 1971 nr 1.

²¹ M. Lech. *Rozpowszechnienie niektórych metod antykoncepcji wśród kobiet przerywających ciążę*. Tamże 1973 nr 2.

²² S. Klonowicz. *The Influence of Abortion Legalization on the Demographic Reproduction in Poland 1956—1972. Conference on the Sociology of Medicine*. Jabłonna 1973.

²³ Badania własne.

²⁴ Femigen może być stosowany w celach leczniczych, ale w poradniach stosuje się go także dla celów zapobiegania ciąży.

zużycia środków chemicznych. Oznacza to, że przewidywano dzienne zużycie na 31 747. Jak przedstawia się zużycie wymienionych środków? W r. 1966 sprzedano 6 750 000 globulek Zet, 69 000 galaretki Preventin, razem 6 819 000. Na jedną kobietę w wieku 19-49 lat przypada więc w ciągu roku około 4 globulek. Ilość ta zmniejsza się poważnie w r. 1968, ale za to jej miejsce zajmuje Ovosiston, a następnie Femigen.

Jak kształtuje się sytuacja w tym zakresie na terenie województwa X, dla którego posiadamy dane? Dane te mówią, ile nabyto poszczególnych środków poprzez lecznictwo otwarte i zamknięte. W 1970 r. apteki (150) zakupiły 28 000 opakowań Femigenu forte, w 1971 r. 17 000, w 1972 r. 27 000, w pierwszym kwartale 1973 r. 7000 opakowań. Jeżeli chodzi o globulki Zet, to w 1970 r. apteki nabyły 21 000 opakowań, w 1971 r. 19 500, w 1972 r. 16 500 i w pierwszym kwartale 1973 r. 4 300 opakowań. Ponadto w użyciu był środek Eros, którego nabyto w 1971 r. 15 500 opakowań, a w 1972 r. 18 000. W stosunku do liczby kobiet w wieku 20-49 lat (na terenie tego województwa) podana ilość globulek Zet jest minimalna. Z obliczeń wynika bowiem, że tylko połowa kobiet ma możliwość użycia 1 tabletki rocznie. Obok lecznictwa otwartego pewną ilość środków chemicznych rozprawdzają szpitale. Są to jednak minimalne ilości.

Ankieta rodzinna podaje, że przy stosowaniu jednego środka antykoncepcyjnego 6⁰/₁₀ stanowią środki chemiczne. Występują one także w przypadku korzystania z 2 lub 3 różnych środków antykoncepcyjnych. Kobiety z niepełnym wykształceniem podstawowym korzystają z nich tylko w 2⁰/₁₀, z podstawowym pełnym w 5⁰/₁₀, ze średnim w 9⁰/₁₀, z wyższym w 7⁰/₁₀. Interesujący jest spadek procentu używających tego środka w przypadku kobiet z wyższym wykształceniem. W mieście korzysta z nich 6⁰/₁₀ kobiet.

Jakie środki są używane w mieście powiatowym, liczącym 25 tysięcy mieszkańców, które posiada jedną poradnię świadomego macierzyństwa? W 1972 r. do poradni zgłosiło się 245 kobiet, z tego u 143 zastosowano Femigen. Przepisywanie środków chemicznych odbywa się także w 4 gabinetach prywatnych. Wskazana liczba kobiet korzystających z Femigenu jest minimalna w stosunku do liczby mieszkańców miasta.

Niektórych danych dostarczają jeszcze monograficzne badania na temat środków stosowanych w zapobieganiu ciąży. S. Różewicki objął ankietą 500 kobiet w wieku 18-62 lat. Okazało się, że środki chemiczne używa tylko 6,40⁰/₁₀ respondentek. Należy dodać jeszcze kobiety, które używały te środki w połączeniu z przerywanym stosunkiem i kalendarykiem małżeńskim, tzn. 3⁰/₁₀ (a więc razem 9,4⁰/₁₀, czyli mniej niż 50 kobiet). W badaniach kliniki lubelskiej R. Sikorski i B. Trębicka stwierdzili w latach 1958-1972, że na 13 731 pacjentek tylko 9,8⁰/₁₀ stosowało

środki chemiczne oraz 2,9⁰/₀ środki chemiczne i mechaniczne²⁵. W badaniach Towarzystwa Planowania Rodziny okazało się, że na 3 656 kobiet, które zgłosiły się do poradni w latach 1960-1969, połowa zapobiegała ciąży, a z tego środki chemiczne stosowało 5,1⁰/₀. Wspólną cechą tych wszystkich badań i doniesień jest zwrócenie uwagi na niewielkie korzystanie z tych środków. Stosuje je 6-9⁰/₀ kobiet. Potwierdzeniem tego spostrzeżenia jest artykuł rozważający przyczyny małej popularności środków antykoncepcyjnych w Polsce.

Skoro tak rzadko używane są środki chemiczne, powstaje pytanie, jakie jest zużycie środków o działaniu mechanicznym?

b) Środki o działaniu mechanicznym
jako szczegółowe wzory praktyk
regulacji poczęć

Podobnie jak w przypadku środków chemicznych brak i tu odpowiednich danych do opisanie wzorów praktyk regulacji poczęć opartych na środkach tzw. mechanicznych. Do środków mechanicznych zaliczamy: prezerwatywy, błony Proven, kapturki naszyjkowe.

Produkcja prezerwatyw przedstawia się następująco: w 1961 r. 27 100 000, a w 1968 r. 22 100 000. Jeżeli chodzi o błony Proven to w 1965 r. wyprodukowano ich 28 000, a w 1969 r. 33 301. Natomiast kapturek naszyjkowych w 1963 r. dostarczono 3000, a w 1968 r. 4000. Brak jest natomiast danych na temat spirali. Wskazuje się jedynie na to, że Przedsiębiorstwo „Securitas” ma możliwość wyprodukowania około 1 miliona spirali, z tym, że w r. 1970 przekazało na rynek 60 000 spirali.

Jak przedstawia się wykorzystanie środków mechanicznych na terenie badanego województwa X? W 1970 r. apteki zakupiły 11 700, w 1971 r. 174 000, w 1972 r. 280 000, a w I kwartale 1973 r. 55 000, czyli w ciągu 3¹/₄ lat w aptekach znajdowało się 626 000 sztuk. Według danych ogólnopolskich dla r. 1968 na 1 województwo w Polsce przypadało 1 300 000 sztuk prezerwatyw. Oznacza to, że nawet przy uwzględnieniu tendencji spadkowej ilość prezerwatyw rozprowadzonych przez apteki na terenie omawianego województwa jest bardzo mała, stanowi około 7-9⁰/₀ ilości przypadającej na województwo. Udział szpitali w rozprowadzaniu jest minimalny. Można natomiast przypuszczać, że znaczna ilość tego środka jest rozprowadzana przez kioski „Ruchu”. Sokołowska i Łobodzińska na podstawie swoich wyliczeń stwierdzają, że każdy statystyczny mężczyzna

²⁵ S. Różewicki, M. Żółtowski, Z. Torbe, J. Adamowicz. *Niektóre zagadnienia związane z zapobieganiem i przerywaniem ciąży*. „Problemy Rodziny” 1971 nr 2.

w 1968 r. zastosował mniej niż trzy razy opisywany sposób zapobiegania ciąży.

Co na ten temat mówi *Ankieta rodzinna*? Wskazuje ona, że około 22⁰/₁₀₀ spośród stosujących jeden rodzaj środka używa męskich i kobiecych środków mechanicznych. W przypadku wykształcenia niepełnego podstawowego odsetek ten wynosi 5,5, podstawowego 10,5, średniego 16, wyższego 23.

Sikorski i Trębicka-Kwiatkowska²⁶ wykazali, że wśród 41,8⁰/₁₀₀ badanych stosujących różne środki antykoncepcyjne 14⁰/₁₀₀ używało prezerwatyw, a 2,9⁰/₁₀₀ środków mechanicznych wraz z chemicznymi. Z analizy materiałów Towarzystwa Planowania Rodziny wynika, że 9,1⁰/₁₀₀ korzystało z prezerwatyw, 1⁰/₁₀₀ z kapturków. Z badań Różewickiego wynikało, że na 500 kobiet 7,20⁰/₁₀₀ korzystało ze środków mechanicznych oraz 4,8⁰/₁₀₀ stosowało albo stosunek przerywany, albo środki mechaniczne.

Również z analizy użycia środków mechanicznych jako zapobiegających ciąży wynika, że są one stosunkowo rzadko stosowane jako pewien wzór zachowania. Wprawdzie ilość prezerwatyw była dosyć duża, to jednak w przeliczeniu na jednego mężczyznę stwierdza się minimalne użytkowanie tego środka. Na podstawie przeprowadzonych badań można wnosić, że około 7-8⁰/₁₀₀ osób sięga po te środki. Razem ze środkami chemicznymi procent korzystających ze środków antykoncepcyjnych wyniesie około 16-17, a więc korzysta z nich mniej niż 1/5 dorosłej ludności. Po jakie więc sposoby sięgają małżeństwa?

c) Metody naturalne oraz „inne”
jako sposoby regulacji poczęć

Pisząc o tych „innych” sposobach mamy na myśli metody zgodne z prawem naturalnym, tzn. biologicznym rytmem płodności oraz stosunek przerywany i płukanie pochwy.

Jeżeli chodzi o metodę opartą na biologicznym rytmie płodności, to mamy na myśli metodę termiczną. W *Ankiecie rodzinnej* wymienia się „kalendarzyk małżeński” oraz „mierzenie ciepłoty”. Z danych dla całej Polski wynika, że przy stosowaniu jednego środka antykoncepcyjnego 29⁰/₁₀₀ posługuje się tymi metodami, przy tym na kalendarzyk przypada 28⁰/₁₀₀, a na mierzenie ciepłoty 1⁰/₁₀₀. W przypadku korzystania z dwu sposobów kalendarzyk w powiązaniu z innymi metodami, to znaczy *coitus interruptus* 44⁰/₁₀₀, z prezerwatywą 16⁰/₁₀₀, z globulkami 3⁰/₁₀₀, czyli razem 63⁰/₁₀₀. W przypadku niepełnego wykształcenia podstawowego odsetek ten

²⁶ R. Sikorski, B. Trębicka-Kwiatkowska. *Wyniki badań seksuologicznych u kobiet wiejskich*. Tamże 1972 nr 5.

wynosi 13,3⁰/₀, przy podstawowym 27⁰/₀, przy średnim 42⁰/₀, przy wyższym 53⁰/₀.

Różewicki podaje, że w grupie kobiet, które badał, kalendarzyk małżeński stosowało 5⁰/₀, w połączeniu z inną jeszcze metodą 1⁰/₀, czyli razem 6⁰/₀. Podobny procent w swoich badaniach stwierdzili Sikorski i Trębicka. Natomiast w analizie Towarzystwa Planowania Rodziny stwierdzono, że 22,7⁰/₀ kobiet stosowało metodę termiczną.

Do tzw. „innych” metod należy stosunek przerywany. Jak się okazuje, jest to sposób bardzo rozpowszechniony. Zdaniem L. Rosmayera *coitus interruptus* występuje szczególnie często u ludzi o niskim wykształceniu. Im wyższe wykształcenie, tym rzadziej się zdarza. W cytowanych w tym miejscu badaniach ten sposób jest również uwidoczniiony.

Z danych *Ankiety rodzinnej* wynika, że wśród używających jednego środka stosunek przerywany stanowi 50⁰/₀. W sytuacji korzystania z dwóch środków odsetek ten stanowi 62, a przy trzech środkach — 67. Korzystanie wyłącznie ze stosunku przerywanego waha się: w przypadku wykształcenia podstawowego niepełnego — w granicach 76⁰/₀, podstawowego 53⁰/₀, średniego 27⁰/₀, wyższego 14⁰/₀. Powyższe dane potwierdzają opinię Rosenmayera. Różewicki stwierdza, że wśród kobiet przez niego badanych 19⁰/₀ korzysta wyłącznie z tego sposobu. W połączeniu z innymi metodami uciekało się do *coitus interruptus* jeszcze 8,20⁰/₀, czyli ponad 27⁰/₀, to znaczy najmniej co czwarta kobieta. W badaniach Sikorskiego i Trębickiej procent ten jest znacznie wyższy, sięga aż 25,5⁰/₀ osób korzystających ze stosunku przerywanego. Jak widzimy, dane na temat tego sposobu regulacji urodzeń są bardzo skąpe, jak również w dużym stopniu rozbieżne. W opinii specjalistów, tzn. seksuologów, a także psychiatrów, stosowanie *coitus interruptus* jest bardzo częste i chyba najbardziej powszechne jako sposób zapobiegania ciąży.

W zakończeniu opisu stosowanych sposobów chemicznych, mechanicznych oraz „innych” nasuwają się następujące spostrzeżenia:

- 1 — Ogólnie należy stwierdzić, że w użyciu są przede wszystkim środki niezgodne z naturalnymi prawami biologicznego rytmu płodności.
- 2 — Realizowany wzór zatrzymania antykoncepcji dokonuje się w małym stopniu dzięki środkom chemicznym oraz mechanicznym, a w większym stopniu korzysta się ze stosunku przerywanego. Smoliński twierdzi na podstawie *Ankiety rodzinnej* 1972 r., że 50⁰/₀ kobiet zamężnych stosuje środki antykoncepcyjne. Zakres poczynionego spostrzeżenia jest dość ograniczony.
- 3 — Nasilenie korzystania z poszczególnych środków począwszy od 1961 r. zmniejsza się, a zatem zmniejsza się i liczba stałych użytkowników środków antykoncepcyjnych.

- 4 — Obserwuje się występowanie zmian w korzystaniu z poszczególnych środków na korzyść nowo pojawiających się. Wskazywałoby to na poszukiwanie bardziej skutecznych środków.
- 5 — Trudno wskazać na zasięg stosowania metod naturalnych, aczkolwiek trzeba stwierdzić, że w badaniach ujawniona jest znajomość i praktyka tych metod i to w dość dużym stopniu.
- 6 — Wartość wysuniętych wniosków odnosi się do zacytowanych badań, chociaż ciekawy jest fakt występowania zbliżonych ocen nasilenia poszczególnych metod w regulacji urodzeń w różnych badaniach.

d) Przerywanie ciąży

Przedstawienie sytuacji w zakresie przerywania ciąży należy ukazać na tle liczby ciąży oraz liczby żywo i martwo urodzonych dzieci. W 1960 r. na 100 ciąży przerwano 24,81 (czyli 1/4). Wskaźniki te następnie rosną (w r. 1965 do 28,77 czyli prawie 1/3), po czym trochę maleją (27,86), by w 1971 r. osiągnąć wysokość 26,29. Omawiane wskaźniki są znacznie wyższe w przeliczeniu na 100 żywo urodzonych dzieci. Odpowiednio wynoszą: 33,43; 40,95; 39,19; 36,21, a więc osiągają wysokość ponad 1/3 żywo urodzonych. W stosunku do maksymalnej płodności traktowanej jako 100 w 1960 r. żywo urodzonych było tylko 46,5 a 53,5% to niezrealizowana płodność. Składa się na nią 22,4% przerwań ciąży oraz 31,1% zapobiegania ciąży innymi środkami. W 1970 r. rodzi się już tylko 32% maksymalnej płodności, czyli rodzi tylko co trzecia kobieta w wieku rozrodczym, a 68% kobiet nie realizuje posiadanej możliwości. Z tego 17,4% przerywa ciążę, a 54,6% stosuje inne środki kontroli urodzeń. W każdym z wymienionych okresów więcej dzieci się nie rodzi niż rodzi. Przy tym dzieci nie narodzone w 1960 r. przeważają o 14 nad narodzonymi, zaś w 1970 r. o 72. Oznacza to, że w ciągu 10 lat liczba dzieci nie narodzonych wzrosła o 58 (w przeliczeniu na 1 rok o 5,8).

Oficjalne statystyki, obejmujące zarejestrowane przerwanie ciąży w szpitalach oraz ambulatoriach, wraz z innymi poronieniami, stanowią tylko ich część. I tak w 1960 r. ogółem zanotowano 223 795 przypadków, w 1965 r. 223 682, a w 1966 r. 215 046, w 1970 r. 214 000 a w 1971 r. 203 600.

W miastach wydzielonych kolejność dla r. 1960 (w zależności od ilości dokonanych zabiegów) była następująca: Łódź, Warszawa, Wrocław, Kraków, Poznań. W r. 1971 kolejność zmienia się. Pierwsze miejsce zajmuje w dalszym ciągu Łódź, następnie Warszawa, Poznań, Wrocław, Kraków. Znamienne jest przemieszczenie Poznania na trzecią pozycję i Krakowa na piątą.

Z uwagi na wysokość wskaźnika przerywania ciąży kolejność woje-

wództw układa się następująco: szczecińskie, zielonogórskie, wrocławskie, koszalińskie, katowickie, łódzkie, olsztyńskie, warszawskie, opolskie, gdańskie, białostockie, lubelskie, kieleckie, bydgoskie, rzeszowskie, poznańskie, krakowskie. Wskaźniki wahają się od 47,64 do 16,65 na 100 kobiet w wieku rozrodczym. Różnica zatem wynosi 30,99. W województwie krakowskim wskaźnik przerwania jest o 2/3 niższy niż w szczecińskim.

W r. 1971 kolejność województw ulega pewnym zmianom. Pierwsze miejsce zajmuje województwo gdańskie (znajdujące się poprzednio na dziesiątym miejscu). W ciągu 10 lat obniżyły się wskaźniki we wszystkich województwach z wyjątkiem gdańskiego. Największy spadek nastąpił w województwie wrocławskim, zielonogórskim, łódzkim oraz katowickim. Spadek wynosi od 51,2⁰/₀ do 29,2⁰/₀. Średnio spadek zamykający się w granicach 23,7⁰/₀-20,2⁰/₀ wystąpił w województwach: koszalińskim, krakowskim, poznańskim, warszawskim. Poniżej 20⁰/₀ znalazły się województwa: lubelskie, olsztyńskie, rzeszowskie, szczecińskie. Spadek znajdujący się w granicach 10⁰/₀ i mniej charakteryzuje województwa: białostockie, bydgoskie, gdańskie, kieleckie, opolskie. Największe spadki nastąpiły w województwach o najwyższych wskaźnikach. Najmniejsze spadki nastąpiły w województwach o charakterze rolniczym.

W populacji objętej *Ankieta rodzinna* przerywa ciążę 17⁰/₀. W mieście odsetek ten wynosi 25,1, na wsi 7,8. W poszczególnych grupach wieku sytuacja jest następująca: 20-24 lat 10,8⁰/₀, 25-29 lat 15,5⁰/₀, 30-34 lat 19,3⁰/₀, 35-39 lat 20,8, 40-44 lat 19,9⁰/₀, 45-49 lat 18,5⁰/₀. Wśród pracujących procent ten wynosi 47,9, a wśród niepracujących 16.

Jak kształtują się przyczyny przerywania ciąży ujęte w sprawozdawczości? Zasadniczą grupę stanowią tzw. wskazania społeczne, następnie inne. Minimalną grupę tworzą wskazania medyczne. Odpowiednie procenty przedstawiają się w 1960 r. następująco: 98,2. Podobnie sytuacja wygląda w 1965, 1967, 1970 i 1971 r. Dane te podaje S. Klonowicz²⁷.

Wyższe dane dotyczące przerywania ciąży cytują Sokołowska i Łobodzińska na podstawie materiałów Ministerstwa Zdrowia. W ich zestawieniach zwraca uwagę wysoka liczba przerwania w 1962 r., sięgająca 271 800 przypadków. Te same autorki podają, że wskaźnik przerwania ciąży i innych poronień na 100 kobiet w wieku 15-49 lat wynosił: 1957 — 1,7; 1962 — 3,8; 1965 — 3,1; 1966 — 2,9. W r. 1967 na 390 784 porody przypadło 210 109 przerwania ciąży, czyli na 1,9 porodów przypada 1 przerwanie ciąży. Zdaniem Sokołowskiej i Łobodzińskiej podane cyfry budzą wątpliwości, biorąc pod uwagę chociażby ilość zachorowań na kiłę, która stale wzrasta.

²⁷ Klonowicz, jw.

W opracowaniach publicystycznych wskazuje się na znacznie wyższą liczbę przerwania ciąży. A. Wielowieyski podaje, że w 1961 r. liczba zabiegów szpitalnych sięgała u nas 240 000, a ocenia się według różnych szacunków, że poza szpitalem — w gabinetach prywatnych — dokonano jeszcze 200 000 przerwania, czyli razem 440 000 zabiegów²⁸. „Dziennik Kielecki” podał kiedyś nawet cyfrę 500 000. Przyjmując, że rocznie dokonuje się 440 000 przerwania ciąży, to na 1 godzinę 50 dzieci traci życie.

Jeżeli przyjmiemy, że w r. 1960 miała miejsce podobna liczba przerwania ciąży, to jednocześnie możemy stwierdzić, że co 10 kobieta w wieku rozrodczym przerywa ciążę. Podobne dane (czasem i wyższe) przynoszą monograficzne badania dotyczące metod zapobiegania urodzeniu się dziecka. I tak np. z badań Różewickiego, którymi objęto 500 kobiet w wieku 18-62 lat wynika, że 70⁰/₀ kobiet przerywało ciążę (tzn. 350 na 500).

W opinii lekarzy szczególnie groźnym zjawiskiem jest przerywanie pierwszej ciąży. Powoduje to zwiększenie się liczby kobiet nieplodnych. Ci sami lekarze odnotowują wyjątkowe nasilenie liczby pacjentek nieplodnych. Szacuje się np., że w Warszawie co ósma kobieta jest bezplodna.

Podsumowując powyższy rozdział należy stwierdzić, że:

- 1 — informacja na temat stosowanych metod regulacji urodzeń jest wyjątkowo ograniczona i niepełna;
- 2 — brak pełnej informacji stanowi sam w sobie szczególnie interesujące zjawisko społeczne;
- 3 — narzucają się pytania, dlaczego nie prowadzi się dokładnej rejestracji wydawanych środków antykoncepcyjnych?, dlaczego brak jest sprawozdań na temat ich zużycia?
- 4 — z zacytowanych tu niepełnych danych wynika, że szczególnie stosowane są dwie praktyki; niszczenie poczętego życia i *coitus interruptus*;
- 5 — korzystanie ze środków chemicznych i mechanicznych jest minimalne;
- 6 — trudno coś powiedzieć o stosowaniu metod naturalnych;
- 7 — z uwagi na stosowane praktyki regulacji urodzeń (przerywanie ciąży, *coitus interruptus*) można wnosić, że mamy do czynienia przede wszystkim z tzw. użytkownikiem okazjonalnym, który charakteryzuje się brakiem przemyślanego systemu wartości i prowadzi niezorganizowany tryb życia;

²⁸ A. Wielowieyski. *Polityka populacyjna czyli dzieci pod znakiem zapytania*. „Więź” 1962 nr 8.

- 8 — przerywanie ciąży szczególnie nasilone jest wśród ludności miejskiej oraz na terenach uprzemysłowionych. Tam też znajdujemy najwyższy procent okazjonalnych użytkowników środków antykoncepcyjnych;
- 9 — korzystają z tego sposobu zarówno pracownice umysłowe jak i robotnice. One też stanowią zasadniczą grupę użytkowników okazjonalnych;
- 10 — wskaźniki przerwania ciąży wzrosły również wśród ludności wiejskiej;
- 11 — należy podkreślić, że niektóre województwa (rzyszowskie, krakowskie) wykazują stabilizację wskaźników przerwania ciąży i to na niskim poziomie. Można przypuszczać, że na tych terenach występują inne kategorie użytkowników, np. *evers users* i to w odniesieniu do innych praktyk.

Przedstawiony obraz stosowanych praktyk regulacji urodzeń nie byłby pełny, gdybyśmy nie dokonali oceny ich wpływu na funkcje rodziny.

3. OCENA STOSOWANYCH PRAKTYK REGULACJI URODZEŃ ZE WZGLĘDU NA FUNKCJE RODZINY

a) Antykoncepcja zatrzymania oraz opóźnienia a „wewnętrzne” funkcje rodziny

Celem ukazania konsekwencji realizowanej antykoncepcji zatrzymania oraz opóźnienia dla funkcji rodziny należy rozpatrzyć je w stosunku do partnerów w małżeństwie, dzieci, całej wspólnoty rodzinnej oraz społeczeństwa.

W antykoncepcji zatrzymania mamy do czynienia z dwoma sposobami traktowania popędu seksualnego przez partnerów w małżeństwie, tworzącymi dwa okresy w życiu małżeństwa. Pierwszy z nich, krótko trwający (3-5 lat) w stosunku do okresu rozrodczego kobiety (15-49 lub 20-29) — a więc obejmujący zaledwie 1/5 tego okresu, charakteryzuje się złożonością i dwutorowością. Polega to na skierowaniu człowieka do przedstawiciela przeciwnej płci, wspólne uzyskanie rozkoszy, a także potomstwa. Konsekwencją tego jest rozwój instynktu macierzyńskiego i ojcowskiego. Po tym okresie następuje drugi (trwający 4/5 okresu rozrodczego kobiety), w którym instynkt seksualny ma przynieść tylko rozkosz, a „zwolniony” zostaje z realizacji zasadniczego celu. W ten sposób proces rozwoju możliwości człowieka zostaje sprowadzony do jednego toru, a więc ma charakter jednostronny. Jeden tor, wprawdzie

skierowany na partnera, jednocześnie jest ograniczony tylko do niego, a więc w pewnym zakresieubożony o odniesienia do innych osób. Należy również zwrócić uwagę na fakt, że stosunki między małżonkami oparte zostają na więzi seksualno-erotycznej, co nie gwarantuje trwałości małżeństwa (tym bardziej, że w miarę wzrostu wieku partnerów zmniejsza się siła popędu).

Stosowanie antykoncepcji zatrzymywania kondensuje czasowo, a może i ogranicza rozwój postaw rodzicielskich. Postawy te bowiem wymagają czasu dla rozwoju, a także przedmiotu, do którego będą odniesione. Taka sytuacja może stanowić przyczynę niemożności osiągnięcia dojrzałości emocjonalno-społecznej w tej dziedzinie życia.

Przyjęcie omawianego rodzaju antykoncepcji stanowi również pewną determinację akceptacji tych dzieci, które wykraczają poza zaplanowaną liczbę. Taka postawa jest sprzeczna z zasadą przyjęcia dziecka jako dobra samego w sobie. Przy tym stanowisku z dobrem urodzonych już dzieci mogą konkurować osobiste dążenia i plany jako ważniejsze. Ponadto, w domu, w którym przyjmuje się ten rodzaj antykoncepcji, ogólna atmosfera może być nasiąknięta lękiem z powodu możliwości pojawienia się niezaplanowanego dziecka. Przyjęty wzór rodzicielstwa zakłada właściwie małą wspólnotę rodzinną. Przy tym różnica wieku w grupie rówieśniczej jest raczej niewielka. W ten sytuacji siły dorosłych członków rodziny inwestowane będą nie tylko w dobro osób, ale i w inne dobra, o charakterze bardziej rzeczowym.

Z dotychczasowych rozważań można również wnosić, że w małym stopniu uwzględnia się potrzeby ogólnospołeczne. Liczba osób rodząca się w rodzinie może być niewystarczająca dla utrzymania bytu społecznego, skoro dominuje w życiu erotyczno-seksualna wartość popędu.

Nieco inne problemy stawia realizowanie antykoncepcji opóźnienia. W tym przypadku od początku małżeństwa rozwijany jest przede wszystkim aspekt seksualny popędu. Partnerzy są skoncentrowani przede wszystkim na sobie. Taka postawa może przejść nawet w pewne przyzwyczajenie. Tym trudniej może się później odbywać przyjmowanie dziecka (względnie kolejnych dzieci), gdyż dominują postawy wygody, niezależności, przywiązania do wartości pozaosobowych. Rodzicami stają się ludzie starsi (zwykle powyżej fazy młodości), co nie jest korzystne dla dzieci i całego procesu ich wychowania, a także dla społeczeństwa, które otrzymywać będzie w późniejszym czasie nową generację.

W dotychczasowej charakterystyce antykoncepcji zatrzymywania i opóźnienia podnieśliśmy głównie ujemne ich konsekwencje. Warto może podnieść także i strony pozytywne. Szybka realizacja pożądanej liczby dzieci, o ile jest ona wystarczająca ze względu na uspołecznienie, rozwój rodziców i potrzeby społeczeństwa, stanowi zjawisko pożądane. W przypadku

natomiast antykoncepcji opóźnienia, jeśli stanowi ona wynik przyjęcia jako istotnej przyczyny opóźnienia dobra dzieci oraz dokonuje się przy użyciu środków godnych człowieka, to również może stanowić sytuację pozytywną. Dotychczasowa ocena najczęściej występujących rodzajów antykoncepcji w społeczeństwie polskim pozwoliła na ukazanie ich niektórych cech. Celem bliższego przyjrzenia się im zajmiemy się z kolei typami użytkowników różnych praktyk regulacji urodzeń.

Antykoncepcja zatrzymania może być realizowana przez dwie kategorie użytkowników. Jedną z nich stanowią ci, którzy używają stale i skutecznie określonych środków zapobiegających ciąży, drugą zaś ci, którzy nie dopuszczają do poczęć (korzystając z jakiegoś sposobu w powstałej sytuacji lub niszczą istniejące już życie). Stwierdzenie, że w społeczeństwie polskim stosunkowo mało korzysta się ze środków mechanicznych i chemicznych w zapobieganiu ciąży; a że zasadniczą praktyką jest *coitus interruptus* oraz przerywanie poczętego życia, wskazuje na to, iż mamy do czynienia z tzw. okazjonalnymi użytkownikami środków kierujących płodnością rodziny. Reuben Bill charakteryzuje ten typ użytkownika jako tego, który nie stawia w ogóle w sposób uświadomiony problemu wielkości rodziny, brak u niego porozumienia z małżonkiem na ten temat, nie zna odpowiednich środków zapobiegających poczęciu, jego życie rodzinne nie jest zorganizowane. Zdaniem wymienionego autora ten typ użytkowników jest powszechny.

Zanim przejdziemy do rozpatrzenia postawionego w tytule problemu, zatrzymamy się nad nielicznymi badaniami przeprowadzonymi w Polsce, które potwierdziłyby cechy okazjonalnych użytkowników. W tym miejscu możemy zacytować jedyne badanie populacji będącej reprezentacją dla osiedli warszawskich oraz badania opinii, dotyczące powyższych zagadnień. Te ostatnie odnoszą się do populacji będącej reprezentacją społeczeństwa polskiego zamieszkałego w miastach, z których pośrednio możemy wnosić o stopniu zgodności opinii w omawianej kwestii. Badania o charakterze monograficznym przeprowadziła M. Trawińska, a dotyczyły one zagadnienia: „Jak małżeństwa warszawskie pojmują planowanie rodziny?”²⁹ Badaniami objęto 208 rodzin. Przedmiotem dociekań było planowanie małżeństwa i rodziny — to znaczy jej struktury, ram przestrzennych, statusu ekonomicznego oraz planowanie indywidualne w małżeństwie i rodzinie (dotyczące planów zawodowych, przyszłości dzieci, czasu wolnego, rozwoju własnego oraz rodziny).

Jak na tym tle zarysowało się planowanie potomstwa? Otóż 85,6% akceptuje planowanie, 13,2% przeciwstawia się mu, 1,2% nie ma zdania na ten temat. W jakim stosunku ten rodzaj planowania pozostaje do

²⁹ „Problemy Rodziny” 1972 nr 3.

innych rodzajów? W odpowiedzi na to pytanie małżonkowie dokonywali oceny, w jakim stopniu uważają swoje życie rodzinne za zaplanowane? Zestawiając dane należy stwierdzić, że 50,30% respondentów robiło to w stopniu dobrym i bardzo dobrym. Procent zaś akceptujących planowanie potomstwa jest znacznie wyższy. W cytowanych więc badaniach nie znajduje potwierdzenia hipoteza Hilla na temat związku między planowaniem życia rodzinnego a planowaniem potomstwa³⁰.

Wspomnieliśmy również o badaniach mężów i żon w zakresie poglądów na temat chęci posiadania dzieci. Chodzi o badanie z r. 1970, przeprowadzone przez GUS. Jedno z pytań ankiety brzmiało: „Ile Paną (Pani) zdaniem powinno być w rodzinie (małżeństwie) dzieci?” Jeżeli chodzi o oczekiwaną liczbę dzieci to w tym zakresie zachodzi całkowita zgodność między kobietami i mężczyznami w ogóle, a także w grupie wieku 20-29 oraz przy różnych poziomach wykształcenia. Na podstawie powyższych wyników można wnosić, że w rodzinach polskich zamieszkujących miasta występuje zgodność w zakresie opinii na temat oczekiwanej liczby dzieci, czyli porozumienie w tym zakresie. Oczywiście chodzi o grupę, która nie stanowi reprezentacji dla Polski. A więc i w tym przypadku brak zgodności z opinią Hilla.

Przejdźmy teraz do diagnozy znaczenia w stosunku do okazjonalnych użytkowników. Przedmiotem naszej oceny czynimy jedynie ową okazjonalność, a nie środki, z których korzysta omawiana grupa.

Okazjonalność w relacjach partnerów, a nawet w ustosunkowaniu każdego do siebie, oznacza poddawanie się potrzebom erotyczno-seksualnym bez uwzględniania celu tej płaszczyzny życia. Fakt ten świadczyć może również o wvrażnym rozdzieleniu popędu seksualnego od popędu zachowania gatunku. Wskazuje na to Kirckpatrick, stwierdzając, że idee maltuziańskie oraz odkrycie środków zapobiegających ciąży doprowadziły do rozróżnienia funkcji seksualnej popędu od rozrodczej.

Współcześnie traktuje się ten stan jako emancypację miłości i uwolnienie jej od wszelkich konsekwencji oraz zobowiązań wynikających z niej. Takie podejście do życia seksualnego wskazuje nie tylko na pewne postawy wobec niego, ale i na brak znajomości siebie oraz swoich możliwości jako osoby. Jest to niejako podporządkowanie siebie naturze i temu, co się w niej dzieje.

Biorąc pod uwagę fakt, że stosunki między partnerami zostają sprowadzone do sfery zmysłowej, należy podkreślić wynikające stąd konsekwencje. Cechą znamioną dla zmysłowości jest nastawienie na

³⁰ R. Hill twierdzi, że fakt planowania życia rodzinnego, różnych jego dziedzin, świadczy o zorganizowanym życiu, co z kolei warunkuje planowanie potomstwa.

poszukiwanie przyjemności, przeżywanie jej, konsumowanie dóbr, których dotyczy, wyłącznie przez przeżywającego. Korzystający poszukuje coraz to nowych, silniejszych podmiotów. Stąd też płynie dążność do zmienności, z czego może się rodzić poligamia. Jakie wynikają z tego konsekwencje dla partnerów małżeństwa? Realizowana między nimi miłość nosi na sobie wyraźnie piętno egoizmu. Nie stanowi wskutek tego szansy współdziałania, podejmowania poczynań na rzecz dobra osoby. Taka miłość rodzić będzie konflikty, nierówną atmosferę. Przedmiotem tak pojętej miłości nie są dzieci, a wręcz przeciwnie, mogą nawet stać się balastem dla tych, którzy chcą siebie używać.

W przypadku okazjonalnych użytkowników trudno również liczyć na zapewnienie odpowiedniej liczebności społeczeństwa. Przypuszczenia, jakie wysunęliśmy na temat konsekwencji niesionych przez tego rodzaju antykoncepcję, potwierdza także wymieniony typ użytkowników.

Na zakończenie nasuwa się jeszcze uwaga, że dotychczasowa diagnoza znaczenia ukazała przede wszystkim ogólne psycho-społeczne skutki stosowanych metod regulacji urodzeń dla funkcji rodziny, należałoby natomiast wejść jeszcze w bardziej szczegółową problematykę.

b) Stosowane metody regulacji urodzeń a funkcje rodziny wobec społeczeństwa

Omawiając stosowane środki podzielił je na różne kategorie z uwagi na odmienne kryteria. W tym miejscu zatrzymamy się tylko przy tych, które są najczęściej używane w społeczeństwie polskim, tzn. przede wszystkim przy *coitus interruptus*, przerywaniu ciąży oraz przy środkach chemicznych i mechanicznych.

Coitus interruptus wywołuje ujemne konsekwencje dla każdego z partnerów oraz ich wspólnoty. W przypadku mężczyzny obserwujemy negatywne konsekwencje zarówno psychiczne, jak i fizyczne. W wyniku uciekania się do tego sposobu dojść może do zaburzeń w funkcjonowaniu samego popędu. Po stronie psychicznej dochodzi często do powstania poważnej nerwicy seksualnej. W przypadku kobiety po jakimś czasie powstaje u niej oziębłość płciowa. We wzajemnych stosunkach brak jest pełnego zjednoczenia, zadowolenia i szczęścia. Partnerzy stają się drażliwi, wybuchowi, pełni pretensji, niejednokrotnie manifestują wrogi nastawienie. Taka atmosfera we wzajemnych stosunkach nie pozostaje oczywiście bez wpływu na ogólną atmosferę rodzinną. Często przy tej praktyce dochodzi do zapłodnienia, co stwarza zaskoczenie dla małżonków i odrzucenie dziecka. Społeczeństwo w wyniku tego zaczyna się rekrutować ze znerwicowanych dorosłych i niechcianych dzieci.

Przerywanie ciąży, jako druga co do częstości praktyka regulacji

urodzeń, wywołuje szerokie i głębokie skutki w różnych płaszczyznach życia człowieka. Wskażemy najpierw na skutki psycho-fizyczne. Ostatnio przeprowadzono szereg badań w tym zakresie. Oto wyniki niektórych z nich. Midak przebadał 1500 kobiet, które przerwały ciążę i stwierdził u nich w przypadku 5,2⁰/o zaburzenia hormonalne, zaś u 8,4⁰/o stany zapalne dróg rodnych i bezpłodność. Skutki te mogą wystąpić w ciągu kilku tygodni po przerwaniu ciąży, w ciągu roku lub nawet kilku lat. Inny autor — Kokoszka, wskazuje na występowanie nerwic ogólnych i nerwic układu krążenia. Wskazuje się także na powstawanie oziębłości płciowej. Prawie wszyscy badacze podnoszą sprawę poczucia winy, które również przyczynia się do lęków i nerwic. Badano również, co wywołuje więcej ujemnych skutków: przerwanie ciąży, samoistne poronienie czy poród? Okazało się, że najwięcej szkód wyrządza przerwanie ciąży, najmniej poród. Wskazuje się również na stosunkowo wysoki procent śmiertelności z powodu *abortus*. W tym miejscu nie można pominąć również skutków moralnych, jakie wywołuje niszczenie życia człowieka. Jest to bowiem dopuszczanie absolutnego odrzucenia bezwzględnej wartości, jaką stanowi człowiek. Przedstawione skutki obciążają zarówno mężczyznę, jak i całą wspólnotę rodzinną. Niszczą spokojną atmosferę, powodują napięcia, niwelują wrażliwość moralną.

Ostatnio próbuje się lansować następującą opinię na temat przerywania ciąży: „Mimo pozornych sprzeczności wynikających z odróżnienia poronienia samoistnego od przerywania ciąży, obydwie te zjawiska traktują łącznie. Zgodnie z definicją przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia i traktującą zdrowie jako pełnię cielesnego, umysłowego i społecznego dobrobytu człowieka — zajście w niepożądaną ciążę i rzeczywiście (nawet nie wyrażona jeszcze) potrzeba przerywania jej nie spełnia „postulatów zdrowia”. Jest jego zaburzeniem, a zatem rodzajem choroby. Tylko w takim ujęciu zagadnienie przerywania ciąży i wykonanie tych zabiegów przez fachowy personel medyczny jest do przyjęcia. I tylko w takim ujęciu zabiegi te nie stanowią przekroczenia zasady *primum non nocere* oraz norm moralnych”³¹.

W takim naświetleniu przerywanie ciąży jest jedyną metodą postępowania terapeutycznego, podobnie jak wiele innych metod leczniczych stosowanych w medycynie, obciążoną ryzykiem różnego rodzaju powikłań. Autorem tej opinii jest dr med. M. Lech z Zakładu Demografii i Statystyki Medycznej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

³¹ E. Midak. *Bezpośrednie i późne następstwa zabiegów przerywania ciąży*. „Polski Tygodnik Lekarski” 1966 nr 28.

Stosunkowo najmniej mówi się o skutkach używania środków mechanicznych oraz chemicznych. Znacznie więcej doniesień jest na temat tych ostatnich. Zacytujemy niektóre tylko wyniki badań. Z kliniki neurologicznej AM w Łodzi donoszą: „Badania Rocka i współprac. oraz Pincusa i współprac. prowadzone w latach 1952-1957 pozwoliły ustalić, iż niektóre sterydy posiadają właściwość wywoływania czasowej niepłodności u kobiet. Sterydy te określa się mianem progestonów, gestagenów lub progestagenów i ujmuje ogólnie jako doustne środki antykoncepcyjne”. „W miarę coraz większego rozpowszechnienia się doustnych środków antykoncepcyjnych zaczęły jednakże pojawiać się dość liczne doniesienia o powikłaniach, które mogą wiązać się z ich stosowaniem. Polegać mają one przede wszystkim na powstawaniu zmian zakrzepowo-zatorowych w układzie żylnym obwodowym oraz w obrębie płuc. Spotyka się jednak również wzmianki o zaburzeniach ze strony układu nerwowego. Do najczęściej opisywanych powikłań neurologicznych związanych z przyjmowaniem doustnych środków antykoncepcyjnych zaliczyć należy uporczywe bóle głowy, zawroty głowy, nudności i wymioty, wzrost ciśnienia tętniczego krwi oraz zmiany w obrębie układu naczyniowego mózgu. Znacznie rzadziej spostrzegane są zaburzenia wzrokowe, mięśniowe oraz ze strony nerwów obwodowych. Wyjątkowo spotykano objawy nerwicowe lub psychotyczne oraz obniżenie progu pobudliwości drgawkowej u kobiet cierpiących na padaczkę”. „Wśród powikłań dotyczących układu naczyniowego mózgu opisywane są zmiany zakrzepowo-zatorowe tętnic, zakrzepy żyłne oraz objawy niewydolności krążenia mózgowego bez uchwytne zaburzenia drożności naczyń”. „Znane są również przypadki, w których doszło do zamknięcia tętnicy mózgu środkowej, lub tętnicy mózgu przedniej czy kręgosłupowej. Cole spostrzegł 6 przypadków zawałów mózgu u młodych kobiet (24-37 lat) używających doustnych środków antykoncepcyjnych, u których badaniem angiograficznym stwierdzono niedrożność naczyń mózgowych”. Opisano także szereg przypadków, w których nagle pojawienie się w przebiegu przyjmowania doustnych środków antykoncepcyjnych takich objawów jak „niedowład połowiczny, zaburzenia mowy, niedowidzenie połowiczne, wskazywało na wystąpienie naczyniowego uszkodzenia mózgu, jednak badanie angiograficzne nie ujawniło niedrożności tętnic mózgowych lub naczyń doprowadzających krew do mózgu”.

Do tych uwag należy dodać, że w Szwecji, Chile i Anglii obliczono, iż jest wyższa liczba przypadków żółtaczki u kobiet używających progestageny niż w grupie kontrolnej. Wskazuje się także na niedokrwistość, powstawanie nadciśnienia, uszkodzenia wątroby. Używanie środków doustnych przez kobiety może powodować u mężczyzn zapalenie żołędzi. Wysuwa się także hipotezę, że skutki antykoncepcji mogą wystąpić

w generacji córek. Zdaniem niektórych autorów pigułka zwiększa potrzeby seksualne kobiet³².

Dotychczas wskazaliśmy konsekwencje używania środków chemicznych antykoncepcyjnych przez kobiety i mężczyzn. Zatem kobieta w rodzinie, spełniająca w niej tyle różnych ról, podlega wielorakim schorzeniom, utrudniającym jej spełnianie zadań. Również i mężczyzna może podlegać zaburzeniom, a dzieci mogą się rodzić z anomaliami, co stwarza trudne problemy dla rodziny. Także i następne generacje kobiet mogą być z góry determinowane w swoich funkcjach rodzinnych. Ze strony więc środków zostaje zagrożony prawidłowy i zdrowy rozwój członków rodziny, a także mogą one zapowiadać szczególne trudności w przyszłych rodzinach.

Jest to jednak tylko jedna strona konsekwencji. Przyjrzyjmy się im jeszcze od strony psychologicznej i moralnej. Według opinii niektórych autorów sięgnięcie po środki antykoncepcyjne stanowi wynik lęku przed dzieckiem. Lęk ten przeradza się często w nienawiść do niego, a także nienawiść kobiety do mężczyzny. Sytuacja rodzinna jest pełna napięcia, rozdzielania, a nawet nienawiści. Nie stwarza to warunków dla humanizacji członków rodziny.

Podsumowując ten rozdział należy podkreślić, że starano się dokonać oceny stwierdzonych praktyk regulacji urodzeń w społeczeństwie polskim z uwagi na funkcje, jakie spełnia rodzina wobec swoich członków oraz społeczeństwa. W rozdziale wstępnym powyższe funkcje określiliśmy jako uczłowieczenie oraz zapewnienie bytu społecznego. Z uwagi na te najogólniejsze zadania rodziny przeprowadzona diagnoza znaczenia wskazuje na następujące zjawiska:

1 — korzystanie z omówionych sposobów regulacji urodzeń (z wyjątkiem metody termicznej) wskazuje na brak odpowiedzialnego rodzicielstwa. Zdaniem W. Póltawskiej oznacza to niezdawanie sobie sprawy z motywów działania, nieznajomość oraz niezrozumienie sposobów działania, a także niewiedzę w zakresie skutków tego działania i brak gotowości ich przyjęcia;

2 — sposób traktowania popędu seksualnego oraz zachowania gatunku w małżeństwie w okresie cyklu rozrodczego kobiety prowadzi do ekspozowania jego zmysłowej strony, na niekorzyść jego uczłowieczenia;

3 — także traktowanie popędu może świadczyć o nieznajomości siebie jako osoby, o ukształtowaniu postawy wyraźnie rozdzielającej podwójną jego funkcję;

³² W. Póltawska. *Problemy rodzicielstwa w aspekcie psychopatologii*. W: Ch.E. Rendu. *Czy Kościół nas oszukał*. Kraków 1972.

4 — konsekwencją powyższego podejścia jest rozwój egoistycznych postaw wśród partnerów, odrzucenie dziecka jako wartości osobowej, nieliczenie się z potrzebami społecznymi;

5 — występujący rodzaj antykoncepcji może powodować infantyлизację postaw rodzicielskich, jak również przyczyniać się do dziedziczenia wadliwych postaw;

6 — wskutek tego wspólnota rodzinna zostaje zagrożona brakiem trwałości oraz lękiem;

7 — stosowane środki nie tylko niszczą zdrowie psychiczne i fizyczne, ale deprawują moralnie, a w rezultacie ograniczają dojrzewanie osobowe tych, którzy z nich korzystają;

8 — stosowane środki mogą wpłynąć ujemnie nie tylko na dane pokolenie, ale i na następne generacje.

Przedstawione fakty upoważniają do wyciągnięcia ogólnego wniosku, że stosowane praktyki regulacji urodzeń stanowią poważne zagrożenie dla funkcji rodziny.

ZAKOŃCZENIE

Na podstawie przeprowadzonych analiz dochodzimy do wniosku, że wzorem realizowanym w zakresie regulacji urodzeń jest przede wszystkim wzór zatrzymania. Wzór ten pojawił się wcześniej w mieście o ok. 6 lat niż na wsi. Dalsza analiza omawianego problemu pozwoliła na wskazanie, kto i w jakich warunkach stosuje wzór zatrzymania w zakresie stosowanych praktyk regulacji urodzeń. Można powiedzieć, że dotyczy to przede wszystkim kobiet, które przekroczyły 34 rok życia, pracują poza rolnictwem i mieszkają w mieście. Są to kobiety, które stosują ten wzór po urodzeniu 1 dziecka, a na pewno po dwojgu. Wzór zatrzymania stosowany jest także na wsi, wśród pracujących w rolnictwie i zjawia się on bezwzględnie po osiągnięciu trójki dzieci.

Z jakim typem rodzin — użytkowników różnych metod regulacji urodzeń prawdopodobnie mamy do czynienia? Wydaje się, że jest to przede wszystkim stały użytkownik, skoro do minimum zostaje ograniczony okres rozrodczy. Wysuwamy to tylko jako hipotezę ze względu na to, że Hill nie wyjaśnia, co zalicza do skutecznych metod regulacji urodzeń. Jeżeli bowiem nie wchodzi w ich zakres przerywanie ciąży, które stanowi w Polsce poważnie nasilone zjawisko, lub *coitus interruptus*, to raczej należałoby powiedzieć o występowaniu przede wszystkim tak zwanego okazjonalnego użytkownika.

Jeżeli natomiast chodzi o same praktyki regulacji urodzeń, to należy stwierdzić, że:

- 1) szczególnie stosowane są dwie praktyki: niszczenie poczętego życia i *coitus interruptus*;
- 2) stosunkowo duży procent korzysta z metod naturalnych;
- 3) korzystanie ze środków chemicznych i mechanicznych jest minimalne.

Przerywanie ciąży szczególnie nasilone jest wśród ludności miejskiej oraz na terenach uprzemysłowionych. Tam też znajdujemy najwyższy procent okazjonalnych użytkowników środków antykoncepcyjnych. Korzystają z tego sposobu zarówno pracownice umysłowe jak i robotnice. One też stanowią zasadniczą grupę użytkowników okazjonalnych. Wskaźniki przerwania ciąży wzrosły również wśród ludności wiejskiej.

Poczynione w trakcie analizy spostrzeżenia pozwalają na wyciągnięcie pewnych wniosków dla duszpasterstwa. Oto one:

- 1) szczególną uwagę należy poświęcić małżeństwom, które przekraczają 34 rok życia, mieszkają w mieście i pracują poza rolnictwem (z uwagi na stosowanie antykoncepcji zatrzymania);
- 2) należałoby oddziaływać w kierunku ukształtowania systematycznych użytkowników w miejsce okazjonalnych, w oparciu o naturalne metody, tym bardziej, że w postawach występuje pozytywne nastawienie wobec tych metod;
- 3) specjalny problem stanowi stosunek przerywany (prawdopodobnie brak świadomości jego niewłaściwości z moralnego i zdrowotnego punktu widzenia);
- 4) sprawa przerywania ciąży musi stanowić najważniejszy aspekt w pracy duszpasterskiej, w tym przede wszystkim w duszpasterstwach rodzinnych. Należy przy tym zwrócić uwagę na fakt, że w niektórych województwach przerywanie ciąży jest szczególnie nasilone.

BIBLIOGRAFIA

- Adamski F.: Stosunek nupturientów do katolickiego modelu małżeństwa i rodziny. „Ateneum Kapłańskie” 1975 nr 1.
- Tenże: Rodzina nowego miasta. Warszawa 1970.
- Bałaban M.: Badania nad podłożem decyzji przerywania ciąży. Wojewódzki Ośrodek Matki i Dziecka. Gdańsk.
- Borowski S.: Odraczanie potomstwa w Poznaniu w rodzinach z przełomu XIX i XX wieku oraz z bieżącego stulecia. „Przeszłość Demograficzna Polski” 1972 nr 3.

- Tenże: Wpływ przerwania ciąży ze wskazań społecznych na proces reprodukcji ludności. Maszynopis, WSE Poznań.
- Burton J.L.: Wpływ doustnych środków antykoncepcyjnych na hemoglobinę, hematokryt, żelazo surowicy i zdolność wiązania żelaza u zdrowych kobiet. „Polski Tygodnik Lekarski” nr 23.
- Ciupak E.: Parafianie. Warszawa 1961.
- Duda-Dziewierz A., Tychnowicz B.: Powikładnia po zabiegach przerwania ciąży. Pamiętnik XVII Zjazdu PTG. Family and Fertility. Ed. W.T. Liu. London 1967.
- Fijałkowski W.: Aktualne kierunki psychoprofilaktyki okresu ciąży i porodu. „Ginekologia Polska” 1969 nr 40.
- Tenże, Latosińska M.: Analiza przeżyć porodowych i zachowania się kobiet po przygotowaniu psychoprofilaktycznym. Tamże 1969 nr 45.
- Grabowiecka L.: Przyczyny i skutki powolnego rozwoju antykoncepcji w Polsce. „Problemy Rodziny” 1967.
- Hoder-Niedbała A.: Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania i prawdopodobieństwa powiększania rodziny. „Studia Demograficzne” 1971 nr 31.
- Jakubczak F.: Tradycyjne i nowoczesne poglądy na planowanie rodziny wiejskiej. „Wiś Współczesna” 1966 nr 3.
- Klonowicz S.: The Influence of Legalization on the Demographic Reproduction in Poland 1956-1972. Conference on the Sociology of Medicine. Jabłonna 1973.
- Kokoszka W.: Psychogenne następstwa sztucznego przerywania ciąży. Kraków 1965. Praca doktorska.
- Kozakiewicz M.: Rola wychowania seksualnego w planowaniu rodziny. „Problemy Rodziny” 1972 nr 6.
- Kozłowska E.: Prawo a demografia. „Studia Demograficzne” 1967 nr 5.
- Taż: Wiek uprawniający do zawarcia małżeństwa jako problem demograficzno-społeczny i prawny. Tamże 1966 nr 4.
- Krzysztofowicz I.: W sprawie ochrony zdrowia kobiety. „Problemy Rodziny” 1970 nr 1.
- Kutyna A.: Przerywanie ciąży w Polsce w latach 1951-1966. Towarzystwo Świadomego Macierzyństwa. Praca nie publikowana.
- Lech M.: Nowe spojrzenie na zagadnienie poronień. „Problemy Rodziny” 1973 nr 5.
- Tenże: Rozpowszechnienie niektórych metod antykoncepcji wśród kobiet przerywających ciążę. Tamże 1973 nr 2.
- Libiszowska M.: Stosunek grupy studentek do wybranych zagadnień moralnych. Tamże 1971 nr 1.
- Łobodzińska B.: Manowce małżeństwa i rodziny. Warszawa 1963.
- Małanowski J.: Stosunek społeczeństwa do przyrostu naturalnego. Raport OBOP. Warszawa 1960.
- Małżeństwa w Polsce w latach 1950-1959. GUS, „Statystyka Polski” z. 63.
- Midak E.: Bezpośrednie i późne następstwa zabiegów przerywania ciąży. „Polski Tygodnik Lekarski” 1966 nr 28.
- Moors H.S.: Family planning patterns: An experiment in describing modern fertility trends. W: Social Change in Europe Some Demographic consequences. Ed. B.W. Fliijling. Leiden 1973.
- Półtawska W.: Problemy rodzicielstwa w aspekcie psychopatologii. W: Ch. E. Rendu. Czy Kościół nas oszukał. Kraków 1972.
- Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1965-1967.

- Rosenmayer L.: Planowanie rodziny, antykoncepcja, życie seksualne. „Problemy Rodziny” 1973 nr 6.
- Różewicki S., Rzepka-Brewińska I.: Zachowanie się niektórych czynników układu krzepnięcia krwi po zabiegu przerwania wczesnej ciąży. „Polski Tygodnik Lekarski” 1968 nr 38.
- Różewicki S., Żółtowski M., Torbe Z.: Wpływ porodu, przerwania wczesnej ciąży i poronienia samoistnego na ustrój kobiety. „Problemy Rodziny” 1970 nr 6.
- Ciż, Adamowicz J.: Niektóre zagadnienia związane z zapobieganiem i przerywaniem ciąży. Tamże 1971 nr 2.
- Sikorski R., Trębicka-Kwiatkowska B.: Wyniki badań seksuologicznych u kobiet wiejskich. Tamże 1972 nr 5.
- Smoliński Z.: Dzietność „idealna” planowana i oczekiwana. „Wiadomości Statystyczne” 1973 nr 5.
- Tenże: Międzynarodowe badania porównawcze w zakresie płodności kobiet i planowania rodziny. Tamże 1972 nr 11.
- Tenże: Perspektywy dzietności w miastach. Tamże 1972 nr 1.
- Tenże: Stan i perspektywy dzietności rodzin w Polsce. Tamże 1973 nr 3.
- Sokołowska M., Łobodzińska B.: Środki antykoncepcyjne i przerywanie ciąży. „Problemy Rodziny” 1971 nr 1.
- Sokół H.: Ocena przypadku przerwania ciąży. „Zdrowie Publiczne” 1968 nr 51.
- Stan i perspektywy dzietności (II). Ankieta Rodzinna 1972. Warszawa 1973.
- Trawińska M.: Jak małżeństwa warszawskie pojmują planowanie rodziny. „Problemy Rodziny” 1972 nr 3.
- Trębicka-Kwiatkowska B., Sikorski R.: Nasze doświadczenia w stosowaniu doustnych środków antykoncepcyjnych. Tamże 1966 nr 4.
- Wielowieyski A.: Polityka populacyjna czyli dzieci pod znakiem zapytania. „Więź” 1962 nr 8.
- Wyniki badań nad płodnością kobiet w Polsce. Pod red. E. Vielrose. Warszawa 1966.
- Ziemski S.: Problemy dobrej diagnozy. Warszawa 1973.

THE USE OF CONTRACEPTION AND BIRTH CONTROL AN OUTLINE

Summary

This article deals with the problems of contraception and birth control in Poland. An analysis of statistics regarding birth rates and the ages of mothers suggests that, in Polish society, contraception by withdrawal is a dominant practice. This method is favoured by urban women from the age of 24 and by rural women from the age of 25. As for the means of using this type of contraception, it was found that interrupted intercourse is the most prevalent means. This article also discusses the consequences of various methods of contraception and birth control for the individual, the family, the community and the Church. Finally, some suggestions for pastoral action in the examined areas are proposed.