

Dorota Wójciak*

 <https://orcid.org/0000-0002-9114-9331>

Joanna Krotofil**

 <https://orcid.org/0000-0003-2308-5329>

Dagmara Mętel***

 <https://orcid.org/0000-0002-5036-9821>

O WEJŚCIU W BOSKIE I LEKARSKIE KOMPETENCJE ZBIEŻNOŚCI MEDYCZNYCH I KATOLICKICH PERSPEKTYW NA ABORCJĘ W POLSKIEJ DEBACIE PUBLICZNEJ¹

Abstrakt. Artykuł omawia przenikanie się medycznych i religijnych perspektyw na aborcję w polskiej debacie publicznej. Uwzględniająca wypowiedzi lekarzy analiza dyskursu medialnego po dwóch śmierciach ciężarnych kobiet w 2021 i 2023 roku ujawnia zbieżności w medycznych i katolickich praktykach dyskursywnego konstruowania płodu jako podmiotu i ograniczania autonomii reprodukcyjnej poprzez definiowanie samodzielnej decyzji o aborcji jako wkroczenia w cudze (lekarskie lub boskie) kompetencje. Rozważania osadzone są w kontekście zjawiska medykalizacji ciąży i historii antyaborcyjnych sojuszy między Kościołem katolickim a polskim środowiskiem medycznym.

Słowa kluczowe: aborcja, medykalizacja ciąży, religia i medycyna, Kościół wobec aborcji, lekarze wobec aborcji.

* Mgr, Uniwersytet Jagielloński, Szkoła Doktorska Nauk Humanistycznych, e-mail: dorota.wojciak@doctoral.uj.edu.pl

** Dr, Uniwersytet Jagielloński, Instytut Religioznawstwa, e-mail: joanna.krotofil@uj.edu.pl

*** Dr, Uniwersytet im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych, e-mail: dag.metel@gmail.com

¹ Publikacja została przygotowana w ramach projektu finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki: Grant 2019/35/D/HS1/00181.



Received: 21.02.2024. Verified: 2.01.2025. Accepted: 27.01.2025.

© by the author, licensee University of Lodz – Lodz University Press, Lodz, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Funding information: National Science Centre Poland: Grant No. 2019/35/D/HS1/00181. **Conflict of interests:** None. **Ethical considerations:** The Author assures of no violations of publication ethics and takes full responsibility for the content of the publication. **Declaration regarding the use of GAI tools:** Not used. **The percentage share of the author in the preparation of the work is:** D.W. 60%, J.K. 30%, D.M. 10%.

ON ENTERING DIVINE AND MEDICAL COMPETENCE CONVERGING MEDICAL AND CATHOLIC PERSPECTIVES ON ABORTION IN THE POLISH PUBLIC DEBATE

Abstract. The article discusses the interpenetration of medical and religious perspectives on abortion in the Polish public debate. Taking into account doctors' statements, an analysis of media discourse following two deaths of pregnant women in 2021 and 2023 reveals convergences in medical and Catholic practices of discursively constructing the fetus as a subject and limiting reproductive autonomy by defining the autonomous decision to have an abortion as an encroachment on someone else's (medical or divine) competence. The reflections are set in the context of the phenomenon of the medicalisation of pregnancy and the history of anti-abortion alliances between the Catholic Church and the Polish medical community.

Keywords: abortion, medicalisation of pregnancy, religion and medicine, Church towards abortion, doctors towards abortion.

1. Wstęp

Mimo iż religię i medycynę przedstawia się często jako alternatywne sposoby rozumienia rzeczywistości, a rozwój medycyny uznaje się za zastępowanie religijnej orientacji podejściem racjonalnym (Domańska 2005), obie dziedziny przez wieki wzajemnie się kształtowały. Jak zauważają Elizabeth Burns Coleman i Kevin White (2010: 13), również obecnie „nauki medyczne są głęboko nasycone wierzeniami kulturowymi i religijnymi”. W polskim kontekście zbieżności między medycznymi a religijnymi ideami ujawniają się szczególnie w odniesieniu do aborcji. Przedstawiciele polskiego Kościoła katolickiego i mediów katolickich chętnie prezentują swój motywowany religijnie sprzeciw wobec aborcji jako podejście oparte na nauce (Kraśko 1994). Co istotne, katolicka perspektywa na problem przerywania ciąży obecna jest jednak nie tylko w religijnych, ale także w świeckich domenach dyskursu. W związku ze swoją silną pozycją w polskiej kulturze Kościół katolicki wciąż zarówno kształtuje postawy etyczne indywidualnych lekarzy, jak i, poprzez polityczny nacisk, wpływa na kształt polskiego prawa antyaborcyjnego.

Od ponad trzydziestu lat aborcja pozostaje w Polsce przedmiotem publicznej debaty, której aktywnymi uczestnikami są, między innymi, przedstawiciele środowiska medycznego. W prezentowanym artykule analizujemy wypowiedzi lekarzy i wypowiedzi na temat lekarzy pojawiające się w dwóch okresach szczególnego wzmocnienia w medialnej debacie na temat aborcji po kontrowersyjnej decyzji Trybunału Konstytucyjnego z 2020 roku. Jesienią 2020 roku Trybunał uznał przesłankę dopuszczającą aborcję w przypadku wysokiego prawdopodobieństwa ciężkiego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej jego choroby za niezgodną z polską ustawą zasadniczą. Decyzja wywołała ogólnokrajowe, wielotygodniowe protesty znane jako Strajk Kobiet, a po jej ogłoszeniu debata na temat aborcji w mediach znacząco

się zintensyfikowała. Środowisko lekarskie zyskało szczególne medialne zainteresowanie po dwóch śmierciach ciężarnych kobiet, które trafiły do szpitali z powodu przedwczesnego odpłynięcia płynu owodniowego (PPROM). Po śmierci Izabeli Sajbor w szpitalu w Pszczynie (wrzesień 2021) i Doroty Lalik w szpitalu w Nowym Targu (maj 2023) w polskiej debacie publicznej rozgorzały dyskusje o sytuacji pacjentek i lekarzy w kontekście ograniczeń w dostępie do aborcji. Podjęta przez nas analiza dyskursów po śmierci obu kobiet odsłoniła zbieżności w medycznej i katolickiej perspektywie na problem przerywania ciąży. Wyniki analizy dyskutujemy w kontekście polskiego prawa antyaborcyjnego, zjawiska medykalizacji ciąży i historii medyczno-kościelnych sojuszy w sprawie ograniczania dostępności aborcji w Polsce.

2. Prawne uwarunkowania przerywania ciąży w Polsce

Obowiązująca między 1956 a 1993 rokiem ustawa o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży przewidywała możliwość dokonania aborcji ze względów medycznych, społeczno-ekonomicznych lub gdy zachodziło podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku przestępstwa. Mimo iż ustanowione w PRL prawo ostateczną decyzję o wykonaniu zabiegu pozostawiało lekarzowi, przez większość okresu jego obowiązywania aborcja w Polsce była stosunkowo szeroko i łatwo dostępna (Fuszara 1991). Sytuacja ta zmieniła się diametralnie wraz z transformacją ustrojową w latach 90. W przyjętej w 1993 roku Ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży wyróżniono trzy przesłanki dopuszczające możliwość aborcji: 1) zagrożenie dla zdrowia lub życia ciężarnej; 2) wysokie prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (tak zwana przesłanka embriopatologiczna); 3) ciąża będąca następstwem czynu zabronionego, np. gwałtu. Rozwiązania przyjęte w ustawie nazwano w dyskursie potocznym „kompromisem aborcyjnym”. Przez kolejne trzydzieści lat ów „kompromis” podlegał jednak społecznej kontestacji, której wyrazem były powracające medialne debaty wokół projektów zaostrzenia lub liberalizacji prawa. Dyskusje na temat prawnych regulacji dotyczących aborcji nasilały się, między innymi, w czasie tworzenia Kodeksu karnego. Ostatecznie uchwalony w 1997 roku kodeks przewiduje sankcje wobec osób nielegalnie przerywających lub pomagających w przerwaniu ciąży innej osoby, ale nie przewiduje sankcji wobec osób decydujących się na przerwanie własnej ciąży. Choć przepisy ustawy o planowaniu rodziny i Kodeksu karnego postawiły w trudnej sytuacji lekarzy wspierających kobiety w aborcjach, oddały jednocześnie środowisku medycznemu decyzyjność w kwestii oceny tego, jak interpretować przesłanki dotyczące „zagrożenia życia i zdrowia ciężarnej” i jakie wady płodu uznać za podstawę do legalnego przerwania ciąży.

Od 1993 roku, z krótkim okresem liberalizacji prawa między 1996 a 1997, aż do 2020 roku sytuacja prawna nie ulegała zmianie, mimo że procedowane w sejmie projekty szeroko komentowano, a próba zaostrzenia przepisów w 2016 roku wywołała demonstracje znane jako Czarny Protest. Choć rząd Zjednoczonej Prawicy (2015–2023) nie zdecydował się na ustawowe zaostrzenie prawa antyaborcyjnego, część posłów zwróciła się do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o rozpatrzenie zgodności przyjętej w 1993 roku ustawy z Konstytucją. W październiku 2020 roku Trybunał Konstytucyjny w składzie, wokół którego od 2015 roku trwał poważny spór prawny i polityczny, uznał przesłankę embriopatologiczną za niezgodną z ustawą zasadniczą. Skutkiem orzeczenia było drastyczne ograniczenie liczby wykonywanych oficjalnie aborcji, jako że przesłanka embriopatologiczna stanowiła do 2020 roku podstawę dla niemal 96% zabiegów wykonywanych w polskich szpitalach².

3. Medykalizacja ciąży i porodu w Polsce

Głos lekarzy w debacie publicznej na temat aborcji w Polsce jest szczególnie istotny z uwagi na wysokie wskaźniki medykalizacji ciąży i porodu i, co za tym idzie, silną pozycję i szeroki zakres władzy ginekologów i położników. W naukach społecznych medykalizację definiuje się jako ekspansję medycznej jurysdykcji na kolejne obszary doświadczenia i wykorzystywanie tejże jurysdykcji jako mechanizmu kontroli społecznej (Prosen, Tavčar Krajnc 2013). Jest to proces, w którym coraz więcej zjawisk definiowanych jest w kategoriach medycznych i w związku z tym poddawanych medycznej kontroli i interwencji (Wieczorkowska 2012). Medykalizacja opieki okołoporodowej może być więc rozumiana jako „rozszerzająca się dominacja profesji medycznej nad naturalnym i niepatologicznym zjawiskiem”, jakim jest ciąża i poród (Doroszewska, Nowakowski 2017: 173). Za jej wskaźniki w Polsce uznaje się wysoki odsetek cięć cesarskich i interwencji medycznych w przebiegu naturalnego porodu, takich jak podanie oksytocyny czy nacięcie krocza, a także wysoki odsetek ciąż prowadzonych przez lekarza. W Polsce silnie zmedykalizowana pozostaje także sama aborcja (Maciąg 2021).

Jednym z podstawowych ujęć teoretycznych medykalizacji jest koncepcja wiedzy-władzy Michela Foucaulta (1978; 1995), który przekonuje, że społecznie uznawana wiedza jest podstawą relacji władzy nie tyle poprzez intencjonalne działania posiadających ją podmiotów, np. lekarzy, ale poprzez automatyczne mechanizmy „wykreślania pola możliwości rozumienia i artykułowania rzeczywistości” (Bińczyk 1999: 70). Autorytety medyczne wykreślając pole tego, co wiemy o przebiegu ciąży, samodzielnie ustanawiają pole własnej ekspertyzy. Choć relacja władzy charakteryzuje kontakt między pacjentem a lekarzem także w innych gałęziach medycyny (Bińczyk 2002), w przypadku położnictwa jest ona dodatkowo

² Wyliczenie na podstawie danych z lat 2010–2020 (Sprawozdanie Rady Ministrów 2022).

wzmacniana poprzez szereg praktyk wytwarzających poczucie odpowiedzialności lekarza i pacjentki za niezdolny do wyrażania woli, a dyskursywnie upodmiotowiony płód. Do przeżywania ciąży pod medycznym nadzorem kobiety skłaniane są między innymi powszechnymi narracjami o ryzyku, którego ciężarna nie jest w stanie samodzielnie oceniać (Domańska 2005). Dyskurs medyczny konstruuje w ten sposób obawy, na które następnie odpowiada poprzez ścisły nadzór nad przebiegiem ciąży, dając ciężarnym poczucie bezpieczeństwa i łagodząc poczucie osamotnienia w odpowiedzialności za prenatalny rozwój dziecka. Położniczy dyskurs na temat ciąży jest przy tym skoncentrowany wokół wspierania jej kontynuacji, a co za tym idzie, aborcja pozostaje na jego marginesie.

4. Antyaborcyjne sojusze środowisk katolickich i medycznych po roku 1989

Na przełomie lat 80. i 90. środowiska katolickie prowadziły antyaborcyjną kampanię nie tylko w kościołach, ale także w publicznych szkołach, w mediach i na ulicach. Adresatami antyaborcyjnej narracji i działań Kościoła byli również lekarze. Wielowymiarowa współpraca między przedstawicielami Kościoła a autorytetami medycznymi w okresie późnego PRL i wczesnej III RP była przedmiotem licznych analiz (zob. np. Mishtal 2015; Ignaciuk 2021; Kościelniak 2020; Wężyk 2021; 2023). W celu zarysowania jej historii przywołamy tu tylko kilka przykładów. Jak zauważa Agata Ignaciuk (2021), już od połowy lat 70. na łamach najważniejszych polskich czasopism ginekologicznych intensyfikowały się głosy krytyczne względem aborcji, zaś katolicka perspektywa na naturalne planowanie rodziny prezentowana była jako moralnie neutralna i naukowo uzasadniona, co przygotowało dobry grunt pod wprowadzenie ograniczeń w dostępie do aborcji po transformacji ustrojowej. Jeszcze przed przyjęciem przez parlament ustawy o planowaniu rodziny Naczelna Rada Lekarska (NRL) przygotowała projekt kodeksu etyki lekarskiej, w którym za sprzeczne z zasadami etyki uznano wykonanie aborcji w przypadku, gdy ciąża nie jest następstwem przestępstwa lub nie zagraża życiu lub zdrowiu ciężarnej. W wyniku przyjętych regulacji liczba aborcji przeprowadzanych w szpitalach drastycznie spadła jeszcze przed zaostrzeniem prawa (Wężyk 2021). W 1996 roku liczna reprezentacja księży w komisjach bioetycznych przyczyniła się zaś do wprowadzenia tak zwanej klauzuli sumienia – regulacji prawnej umożliwiającej przedstawicielom zawodów medycznych powstrzymanie się od wykonania świadczeń niezgodnych z ich przekonaniami (Mishtal 2015). Powołania na klauzulę sumienia do dziś odgrywają istotną rolę w podważaniu praw kobiet szukających pomocy w sytuacjach, które zgodnie z ustawą mogą być podstawą do wykonania aborcji. Najbardziej medialnym przykładem nadużycia klauzuli w tym kontekście była sprawa profesora Bogdana Chazana, który w 2014 roku, jako dyrektor Szpitala im. Świętej Rodziny w Warszawie, odmówił pacjentce

przerwania ciąży i wskazania placówki, w której zabieg mógłby zostać wykonany (Wężyk 2021). W tym samym roku ukazał się dokument-manifest lekarskich środowisk pro-life zatytułowany *Deklaracja wiary lekarzy katolickich i studentów medycyny w przedmiocie płciowości i płodności ludzkiej* (2014), którego Bogdan Chazan był jednym z sygnatariuszy. Tekst deklaracji dobrze oddaje istotne miejsce motywów kontroli i władzy w katolickiej etyce reprodukcyjnej, które w bardziej popularnych dyskursach zasłanianie są narracjami skupionymi na trosce o „dzieci nienarodzone”. Czytamy w nim na przykład:

ciało ludzkie i życie, będąc darem Boga, jest święte i nietykalne; ciało podlega prawom natury, ale naturę stworzył Stwórca; moment poczęcia człowieka i zejścia z tego świata zależy wyłącznie od decyzji Boga. Jeżeli decyzję taką podejmuje człowiek, to gwałci nie tylko podstawowe przykazania Dekalogu, popełniając czyny takie jak aborcja, antykoncepcja, sztuczne zapłodnienie, eutanazja, ale poprzez zapłodnienie in vitro odrzuca samego Stwórcę.

Przez niemal trzydzieści lat trwania „kompromisu” dostęp do aborcji pozostawał w Polsce zróżnicowany terytorialnie: podczas gdy w jednych województwach funkcjonowało wiele placówek, w których dokonywano zabiegów na podstawie ustawowych przesłanek, w innych aborcji powszechnie odmawiano (Chełstowska i in. 2016). Niechęć środowiska medycznego wobec aborcji nie da się przy tym uzasadnić jedynie administracyjną czy polityczną zależnością szpitali od konserwatywnych władz. Jak wskazuje Atina Krajewska (2022), ograniczanie dostępu do aborcji w Polsce jest wspierane poprzez praktyki w obrębie samych instytucji ochrony zdrowia.

Standardów wypracowanych w polskiej ochronie zdrowia, które przez ostatnie trzydzieści lat wspierały wyjątkowo wąskie interpretacje ustawowych przesłanek do aborcji, nie da się jednak wytłumaczyć także katolickim fundamentalizmem lekarzy. Cztery tysiące specjalistów podpisanych pod wyżej cytowaną deklaracją stanowi zaledwie ułamek polskiego środowiska medycznego (w Polsce pracuje dziś ponad 160 tysięcy lekarzy). Stosunkowo niewielka część środowiska jest więc zaangażowana w aktywizm anti-choice otwarcie odwołujący się do wartości katolickich. Jednocześnie sprzeciw wobec aborcji wydaje się w środowisku lekarskim znacznie powszechniejszy. Choć brakuje szeroko zakrojonych ilościowych badań opinii polskich lekarzy na temat aborcji, w prowadzonych po 2000 roku badaniach na niewielkich próbach ponad połowa uczestników sprzeciwiała się legalizacji aborcji na żądanie do 12. tygodnia ciąży, jeśli nie ma ku temu wskazań medycznych lub ciąża nie jest wynikiem gwałtu (De Zordo, Mishtal 2011; Grabowska 2017; Zaręba i in. 2022).

5. Korpus danych i metoda analizy

Analizie poddałyśmy treść artykułów publicystycznych, fragmentów programów telewizyjnych oraz dyskusji toczących się na platformie Twitter (dzisiaj X). Zebraliśmy materiały ukazujące się zarówno w mediach o orientacji konserwatywnej (TVP Info, „Do Rzeczy”), jak i liberalnej (TVN24, OKO Press). Na podstawowy korpus danych składają się materiały dotyczące kwestii aborcji, które opublikowano lub udostępniono w czasie debaty po śmierci Izabeli Sajbor (od 1.11.2021 do 14.11.2021) i Doroty Lalik (od 7.06.2023 do 29.06.2023). Są to:

- teksty opublikowane w magazynach OKO Press (29 publikacji) i „Do Rzeczy” (45 publikacji);
- materiały TVP Info (33 publikacje) i TVN24 (53 publikacje) promowane na oficjalnych profilach obu telewizji na Twitterze;
- dyskusje na portalu Twitter: na dziesięciu popularnych profilach lekarzy (głównie medyków w przeszłości lub aktualnie pełniących funkcje w organach samorządu lekarskiego, związkach zawodowych i organizacjach pozarządowych); na profilu organizacji wspierającej zaostrzenie prawa antyaborcyjnego (Ordo Iuris); na profilach organizacji wspierających jego liberalizację (FEDERA, Aborcyjny Dream Team); na oficjalnych profilach Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) i Ministerstwa Zdrowia. W sumie analizie poddanych zostało ponad tysiąc postów.

Terminów „konserwatywny” i „liberalny” używamy w tekście w sposób umowny. Podział na media sympatyzujące ze Zjednoczoną Prawicą (konserwatywne) i media otwarcie jej nieprzychylnie (liberalne) odzwierciedla jednak sytuację medialną i polityczną polaryzacji w polskiej sferze publicznej (Głowacki, Kuś 2019). Aby uchwycić tropy ideologicznego wpływu Kościoła katolickiego i jego nauczania w niereligijnych kontekstach, ograniczyłyśmy analizę do wybranych świeckich przestrzeni dyskursu, nie włączając do korpusu danych z mediów identyfikujących się jako katolickie. Włączenie do analizy treści promowanych i dyskutowanych w mediach społecznościowych pozwoliło na rozpoznanie udziału ich użytkowników w tworzeniu dyskursu publicznego. Istotni w kontekście naszych badań aktorzy społeczni, między innymi lekarze, wykorzystywali media społecznościowe jako kanały komunikacyjne. Za szczególnie istotne medium uznałyśmy portal Twitter, który, choć cieszy się mniejszą popularnością niż inne platformy, pozostaje przestrzenią ożywionej debaty między politykami, publicystami, aktywistami i profesjonalistami (Rodak 2017). Zebrane materiały poddałyśmy krytycznej analizie dyskursu. W toku badań najpierw zrekonstruowałyśmy chronologię toczącej się debaty i pojawiających się w niej motywów, a następnie wyodrębniłyśmy najważniejsze kategorie funkcjonujące w dyskursie.

6. Pozycja lekarzy w spolaryzowanej debacie medialnej po tragediach w Pszczynie i Nowym Targu

Izabela Sajbor (w 2021 roku) i Dorota Lalik (w 2023 roku) zgłosiły się do najbliższych im szpitali z powodu przedwczesnego odpłynięcia wód płodowych, odpowiednio w 22. i 20. tygodniu ciąży. Mimo iż u pacjentek obserwowano objawy rozwijającego się stanu zapalnego, a odpłynięcie wód płodowych w okolicy 20. tygodnia nie rokuje dobrze w kontekście utrzymania ciąży, lekarze nie zdecydowali się na przeprowadzenie aborcji. U obu pacjentek rozwinęła się sepsa, w wyniku której kobiety zmarły. Z ujawnionych przez rodzinę Izabeli SMS-ów wynikało, że pacjentka krytycznie oceniała decyzję lekarzy o odwlekaniu aborcji i wprost łączyła ją z obowiązującym prawem antyaborcyjnym. Według relacji rodziny Doroty Lalik, nowotarscy lekarze mieli nie poinformować pacjentki o ryzyku, jakie ponosiła w związku z kontynuowaniem ciąży w przypadku bezwrodzia w 20. tygodniu, oraz niskim prawdopodobieństwem donoszenia ciąży i urodzenia zdrowego dziecka. Z wypowiedzi pełnomocniczki jej rodziny wynikało, że choć objawy postępującej infekcji były widoczne, lekarze zwlekali z przerwaniem ciąży i zabiegu podjęli się dopiero po obumarciu płodu.

Obie tragedie zyskały medialny rozgłos i stały się zarzewiami ogólnokrajowych dyskusji o dostępności aborcji. Zarówno w mediach liberalnych, jak i konserwatywnych lekarze występowali wówczas w podwójnej roli: bohaterów omawianych wydarzeń (których postawa była rozmaicie oceniana) i ekspertów. W obu badanych okresach debata pozostawała przy tym silnie upolityczniona i spolaryzowana. Media liberalne i politycy ówczesnej opozycji przedstawiali medyków jako ofiary decyzji Trybunału Konstytucyjnego, czemu dyskursywnie służyło przywoływanie kategorii „efektu mrozącego” – przekonywano, że lekarze w obawie przed represjami ze strony rządu powstrzymują się przed wykonywaniem aborcji nawet w przypadkach przewidzianych przez prawo. Kategoria „efektu mrozącego” pozwoliła narracyjnie powiązać decyzję Trybunału, która w istocie nie dotyczyła przesłanki zagrożenia dla zdrowia i życia ciężarnej, z tragediami w Pszczynie i Nowym Targu. Choć brakuje dowodów na przypadki prawnych represji wobec indywidualnych lekarzy wykonujących aborcję w szpitalach na podstawie ustawowych przesłanek (Krajewska 2022), a próby prokuratorskich kontroli były dotąd skutecznie blokowane, występujący w liberalnych mediach lekarze reprodukowali narrację o powszechności „efektu mrozącego”. Marzena Dębska (2021), ginekolożka i przeciwniczka zaostreżenia prawa, na antenie telewizji TVN24 mówiła: „Ofiarami są też lekarze, bo niestety lekarze są bezpośrednimi wykonawcami wyroku Trybunału”. Inny ginekolog, Maciej Socha (2021), otwarcie popierający liberalizację przepisów, w wywiadzie dla OKO Press mówił: „Wiem, co przeżywali lekarze w Pszczynie, bo my, lekarze, po wyroku Trybunału Konstytucyjnego boimy się przerwać ciążę, nawet gdy dochodzi do odpłynięcia płynu owodniowego. Działa efekt mrozący”.

W mediach konserwatywnych podkreślano natomiast brak związku między tragediami a decyzją Trybunału. Częściej niż w mediach liberalnych wprost

formułowano hipotezę błędu medycznego, także w formie brutalnych oskarżeń, zaś konstruowaną w liberalnych domenach dyskursu narrację nazywano manipulacją. W „Do Rzeczy” Rafał Ziemkiewicz (2021) pisał: „Oczywiście trudno się dziwić temu, że jeżeli konował przez swoje niedbalstwo zabił kobietę, to usiłuje zwalić winę na ustawę antyaborcyjną, PiS i Trybunał Konstytucyjny [...]. Mamy do czynienia z czystą manipulacją i histerią bez jakiegokolwiek argumentu rozumowego”. Jednak również krytyczni wobec postawy medyków w Pszczynie i Nowym Targu publicyści uznawali ekspercką pozycję lekarzy i podpierali się ich autorytetem w tworzonych narracjach. Na otwarte podważenie lekarskiego autorytetu w kwestii podejmowania decyzji o przerwaniu ciąży po śmierci Izabeli Sajbor pozwalały sobie głównie przedstawicielki organizacji feministycznych i nieliczne dziennikarki. Tę polaryzację narracji udało się częściowo przełamać po śmierci Doroty Lalik, kiedy to także w mediach liberalnych zaczęły pojawiać się głosy wzywające lekarzy do respektowania prawa ciężarnych do decyzji o przerwaniu ciąży zagrażającej ich zdrowiu i życiu. Szerokim echem odbił się tweet posłanki Lewicy, Katarzyny Kotuli (8.06.2023, Twitter), która, opisując przypadek Doroty Lalik, zaapelowała do lekarzy: „Przestańcie nas zabijać! [...] Mamy dość słuchania lekarzy tłumaczących się, że mają związane ręce”. Wpis Kotuli spotkał się z ostrymi reakcjami lekarzy. Większość medyków, których aktywność w mediach śledziłyśmy, publicznie wyraziła oburzenie, a NIL zareagowała oficjalnym wezwaniem Kotuli do przeprosin.

7. Zbieżności w medycznej i katolickiej perspektywie na problem aborcji

W wypowiedziach przedstawicieli środowiska lekarskiego przesłanki religijne pojawiały się rzadko i były przywoływane zazwyczaj w politycznym kontekście. Jeden z nielicznych publikujących na Twitterze otwarcie konserwatywnych medyków, wieloletni prezes Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Krzysztof Bukiel pisał na przykład: „Trudno, żeby katolik szedł w marszu organizowanym przez partię zapowiadającą wprowadzenie tzw. aborcji na życzenie” (Krzysztof Bukiel, Twitter, 10.06.2023). Zwolennicy obowiązującego do 2020 roku „kompromisu” otwarcie osadzali zaś swoją antyaborcyjną postawę w areligijnych ramach. Rzecznik prasowy NIL, Jakub Kosikowski, pisał na przykład: „Jestem agnostykiem/ateistą, jestem za aborcją w przypadku wad, zagrożenia zdrowia/życia i czynu zabronionego. Nie jestem za aborcją na życzenie” (Jakub Kosikowski, Twitter, 15.06.2023). Podkreślanie, iż sprzeciw wobec aborcji nie musi wynikać z wartości i norm religijnych i może opierać się na zasadach etyki uniwersalistycznej, jest stałym elementem narracji anti-choice, w których katolickie ujęcie autonomii kobiet i statusu płodu prezentowane jest często przy pomocy sekularnego języka (Morgan 2014). Jednak pomimo dyskursywnej marginalizacji religii głęboko osadzone w katolicyzmie idee nadal stanowią podstawy najważniejszych antyaborcyjnych klisz w polskiej debacie publicznej.

7.1. Upodmiotowienie płodu

Powszechną w dyskursach antyaborcyjnych praktyką jest konstruowanie płodu na dowolnym etapie ciąży jako podmiotu, któremu przysługują rozmaite prawa (Szewczyk 2016). W przeanalizowanych przez nas publikacjach mediów konserwatywnych płód regularnie określano „człowiekiem”, „osobą”, a jeszcze częściej „dzieckiem” lub „dzieckiem nienarodzonym”. Aborcja nazywana zaś bywała „zabójstwem” lub „morderstwem”. Podmiotowość płodu konstruowano w dyskursie także poprzez przedstawianie kilkuletnich dzieci i dorosłych, którzy „uniknęli aborcji” i dzięki decyzji swoich rodziców mogą żyć. W tego typu opowieściach płód na wczesnym etapie ciąży utożsamiany jest z osobą lub potencjałem osoby, któremu należy się prawo do realizacji. Przekonanie o podmiotowości płodu dominuje we współczesnych popularnych interpretacjach katolickich, mimo że stanowisko Kościoła w kwestii animacji (obdarzenia duszą) nie pozostaje jednoznacznie określone (Wejbert-Wąsiewicz 2012; Smolińska 2018). Choć publikujący w konserwatywnych mediach eksperci i dziennikarze zgadzali się, że priorytetem w przypadku zagrożenia dla życia ciężarnej jest ochrona matki, nie płodu, niektórzy publicyści obarczali tę zasadę rozmaitymi ograniczeniami, najczęściej podważając w tym kontekście zagrożenie dla zdrowia psychicznego ciężarnej.

W analizowanym materiale płód był upodmiotowiony także w niereligijnych i niekonserwatywnych domenach dyskursu, w tym w wypowiedziach lekarzy. Co istotne, antyaborcyjne idee nie są przenoszone jednokierunkowo: z dyskursu religijnego do medycznego. Dla przykładu, rozwój ultrasonografii, która pozwoliła na wizualne przedstawianie płodu, wpłynął między innymi na wzrost postaw antyaborcyjnych wśród personelu medycznego (Szewczyk 2016). W tej perspektywie medycyna nie pozostaje jedynie polem wpływu ideologii religijnych, ale sama staje się źródłem antyaborcyjnych idei (Wejbert-Wąsiewicz 2012). W przeanalizowanych przez nas wypowiedziach medyków upodmiotowienie płodu wyrażało się przede wszystkim w autorytarnym uznaniu go za pacjenta. Ginekolog i położnik, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie, Michał Bulsa (2023), w kontekście procedur po wystąpieniu PPROM, mówił: „Trzeba podkreślić, że to są bardzo unikalne sytuacje kliniczne, kiedy mamy dwóch pacjentów i trzeba ważyć, kiedy i jak postępować”. Takie ujęcia były punktowane przez organizacje feministyczne, między innymi na profilach FEDERY, gdzie podkreślano, iż płód miano pacjenta zyskać może jedynie na wniosek ciężarnej i w zakresie zależnym od jej woli.

7.2. Medykalizacja i władza: lekarski i boski autorytet

Po tragediach w Pszczynie i Nowym Targu kwestia postępowania w przypadku odpłynięcia wód płodowych przed 23. tygodniem ciąży stała się istotnym przedmiotem debaty. Organizacje pro-choice, niektórzy dziennikarze i same ciężarne dotknięte PPROM domagały się oddania pacjentce pełnej decyzyjności w kwestii

kontynuowania ciąży. Autorytety medyczne stawiały takiemu rozwiązaniu opór. Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, profesor Piotr Sieroszewski (2023), nawiązując do odpowiedzialności za „dwoje pacjentów”, argumentował na rzecz pozostawienia decyzji lekarzom:

Do momentu rozwinięcia się stanu zapalnego nie ma wskazań do usunięcia ciąży, a więc – zgodnie z wytycznymi – lekarze powinni przyjąć postawę wyczekującą, mając na uwadze, że im dłużej trwa ciąża, tym większe są szanse na przeżycie płodu poza organizmem matki. Naszym obowiązkiem jest bowiem ratowanie obojga.

Również ginekolodzy otwarcie popierający liberalizację prawa w kierunku legalizacji aborcji do 12. tygodnia ciąży marginalizowali wolę ciężarnej w przypadkach, które uznawano za przedmiot lekarskiej ekspertyzy. Ustawową przesłankę o zagrożeniu życia i zdrowia ciężarnej przywoływali często wraz z ograniczającymi ją epitetami, praktycznie ją w ten sposób zawężając. Otwarcie wspierający legalizację aborcji na żądanie do 12. tygodnia ciąży i krytykujący religijne uwikłanie medyków ginekolog Maciej Socha (2021) w kontekście postępowania w przypadku PPRM mówił na przykład: „Ryzyko infekcji wewnątrzmacicznej nie jest bezpośrednim zagrożeniem życia pacjentki, więc czekamy i nie przerywamy takiej ciąży”. Obowiązuje ustawa nie precyzuje jednak, iż zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentki musi być „bezpośrednie”; określenie to wprowadzili do dyskursu sami lekarze.

Przedstawiając się jako jedyne podmioty posiadające kompetencje do wiążącej oceny tego, czy ciąża zagraża zdrowiu i życiu ciężarnej, lekarze wielokrotnie ujawniali niezgodę na wkraczanie osób bez wykształcenia medycznego na pole, które uznawali za strefę własnych wyłącznych kompetencji. W dyskusji o dziennikarskich doniesieniach na temat stanu Doroty Lalik pojawił się, na przykład, następujący głos: „Pamiętacie Beatę Pawlikowską³ [...], która bez wykształcenia medycznego interpretowała badania naukowe? Skąd przekonanie, że w aktualnej sprawie, nawet jeśli dziennikarze dotrą do danych z dok. med.⁴, będą w stanie przekazać rzetelne informacje?” (Julia Pankiewicz, Twitter, 9.06.2023). Lekarze prezentowali siebie jako emocjonalnie opanowanych i racjonalnych, w kontraście do innych uczestników dyskusji: dziennikarzy, aktywistek i użytkowników mediów społecznościowych. Przekonaniu o ich wysokich kompetencjach towarzyszyło także zwątpienie w kompetencje ciężarnych w zakresie oceny stanu, w jakim się znajdują, i samodzielnego podejmowania decyzji o kontynuowaniu lub przerwaniu ciąży. Jeden z członków NRL, Mikołaj Sinica, udostępnił na swoim profilu następujący post:

Ostatnio 45 min. słuchałem pacjentki na granicy płaczu, w całkowicie zdrowej ciąży, która bała się, że odplynie jej płyn owodniowy i umrze w szpitalu. To, co media zrobiły w sprawie śmierci

³ Beata Pawlikowska jest autorką filmu na temat terapii depresji, który w styczniu 2023 roku wzbudził szerokie kontrowersje, a przez wielu psychiatrów został uznany za nierzetelny.

⁴ Dokumentacji medycznej.

kobiet, jest bajtowym, nieetycznym skurwysyństwem. Spirala strachu i pomyje dla kliknięć (sztuka krojenia ludzi, Twitter, 13.06.2023 r., podane dalej przez: Mikołaj Sinica).

Postrzeganie samodzielnej decyzji ciężarnej o przerwaniu ciąży jako wkroczenia w pole ekskluzywnych kompetencji innych podmiotów silnie zakorzenione jest także w dyskursie katolickim. Irena Borowik i Inga Koralewska (2018) wskazują, że w latach 2005–2015 najczęściej pojawiającym się argumentem w antyaborcyjnych wypowiedziach przedstawicieli polskiego Kościoła katolickiego było odwołanie do boskiej wyłączności w decydowaniu o życiu i śmierci człowieka. W opinii biskupów „człowiek nie jest dysponentem swoich mocy reprodukcyjnych, przeciwnie, powinien być podporządkowany Bogu i wypełniać swoje powołanie, służąc temu, co Bóg przynosi”; to „Bóg jest dawcą życia”, a „życie ludzkie przynależy do Boga”. Problem kontroli reprodukcyjnej w kontekście aborcji nie jest w tym przypadku dyskursywnie ukrywany: roszczenia do władzy nad ciężarnymi ciałami i życiem przypisywane są samemu Bogu. Instytucja Kościoła prezentuje się zaś jako podmiot stojący na straży tego roszczenia, nie jego bezpośredni beneficjent. Podobnie niektórzy lekarze – starają się prezentować jako występujący jedynie w interesie pacjenta-płod, niejako w domyśle uznając, że ciężarna nie jest „wyłączną dysponentką swoich mocy reprodukcyjnych”.

W celu rozwiązania problemu odpowiedzialności za dwoje pacjentów o potencjalnie sprzecznych interesach sięga się po kategorię „prawa naturalnego” i „otwartości na życie”. W dyskursach katolickich kategorie te są obecne *explicit*, w dyskursie medycznym przybierają zaś formę niewymagającej wyrażenia oczywistości poprzez koncentrację opieki położniczej na kontynuacji ciąży. Na interpretacji kontynuowania ciąży jako nieingerowania w naturalny proces fundowana jest „postawa wyczekująca”, do której w przypadku bezwrodzia w okolicach 20. tygodnia ciąży część polskich lekarzy czuje się zobligowana prawem lub odpowiedzialnością moralną. Ciąża jest przy tym dyskursywnie konstruowana nie jako wysiłek ponoszony przez konkretną osobę, ale odpodmiotowiony proces będący przedmiotem lekarskiej ekspertyzy.

8. Podsumowanie

W medialnych dyskusjach po śmierci Izabeli Sajbor i Doroty Lalik lekarze występowali w różnych rolach: ekspertów, ofiar nowego prawa i postaci obarczanych winą za obie tragedie, a w niektórych domenach dyskursu także odpowiedzialnością za ograniczanie Polkom dostępu do aborcji. W jawnie antyaborcyjnych konserwatywnych przestrzeniach medialnych najczęściej reprodukowano narrację, zgodnie z którą do śmierci obu kobiet miało dojść wskutek błędów medycznych, podważając przy tym związek tragedii z wyrokiem Trybunału. Niemniej jednak konserwatywni publicyści i politycy wprost wzywali także do wąskich interpretacji

przepisów o zagrożeniu życia i zdrowia ciężarnej, uznając w tym kontekście autorytet medyczny. W mediach liberalnych lekarze występowali najczęściej jako ofiary wyroku Trybunału lub eksperci krytycznie oceniający jego wpływ na bezpieczeństwo Polek. Swoim autorytetem legitymizowali krytykę rządu jako opartą na apolitycznych i obiektywnych przesłankach. Tym samym w okresie protestów po śmierci pacjentek z Pszczyny i Nowego Targu liberalne redakcje konstruowały spór wokół prawa antyaborcyjnego i praktyki aborcyjnej w Polsce jako pole lekarskiej ekspertyzy, co na poziomie dyskursywnym wpisuje się w szersze zjawisko medykalizacji ciąży.

Lekarze o liberalnych poglądach na aborcję, których wypowiedzi przeanalizowaliśmy, byli bardziej skłonni uznawać prawo pacjentki do wyboru w kwestiach, które nie są definiowane jako przedmiot medycznej ekspertyzy, broniąc swojego przywileju decydowania o tym, jakie przypadłości uznać można za zagrożenie dla życia i zdrowia osoby ciężarnej. Środowisko lekarskie wzbraniało się, między innymi, przed sformułowaniem zasady zapewniającej wszystkim pacjentkom z PPRM przed 23. tygodniem ciąży możliwość legalnego jej przerwania w szpitalu, podkreślając, iż każdy taki przypadek wymaga indywidualnego eksperckiego oglądu. Dwoma najważniejszymi zbieżnościami między medialnym dyskursem lekarzy a katolicką perspektywą na problem przerywania ciąży było upodmiotawianie płodu, odpowiednio jako pacjenta i jako dziecka nienarodzonego, oraz interpretowanie autonomii decyzyjnej ciężarnych jako wejścia w cudze, boskie lub lekarskie, kompetencje. Opór wobec szerokiej interpretacji ustawowych przesłanek do przerywania ciąży, które oddawałyby więcej decyzyjności kobietom, charakteryzował przy tym lekarzy reprezentujących różne poglądy na temat aborcji.

Bibliografia

- Bińczyk E. (1999), *O czym szepcze władza (w ujęciu Michela Foucaulta)*, „Przegląd Artystyczno-Literacki”, nr 9, s. 67–72.
- Bińczyk E. (2002), *Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy*, [w:] W. Piątkowski, A. Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 181–193.
- Borowik I., Koralewska I. (2018), *Religia w dyskursie o aborcji w Polsce. Analiza dokumentów Episkopatu Kościoła rzymskokatolickiego i wybranych tygodników opinii*, „Przegląd Religioznawczy”, t. 268, nr 2, s. 199–220.
- Bulsa M. (2023), *Ginekolog po tragedii w Nowym Targu: czekam z niecierpliwością na wytyczne*, rozm. J. Rokicka, „Medonet”, <https://dziecko.medonet.pl/ciaza/ginekolog-po-tragedii-w-nowym-targu-czekam-z-niecierpliwoscia-na-wytyczne/hwmp06l> (dostęp: 2.02.2024).
- Chełstowska A., Dziewanowska M., Więckiewicz K. (2016), *„Dzień dobry, chcę przerwać ciążę...” O procedurach dostępu do legalnej aborcji w polskich szpitalach. Raport z Monitoringu*, FEDERA, Warszawa.

- Coleman E.B., White K. (2010), *The meanings of health and illness: medicine, religion, and the body*, [w:] E.B. Coleman, K. White (red.), *Medicine, Religion, and the Body*, Brill, Leiden–Boston, s. 1–14.
- De Zordo S., Mishtal J. (2011), *Physicians and abortion: Provision, political participation and conflicts on the ground – The cases of Brazil and Poland*, „Women’s Health”, t. 21, nr 3, s. S32–S36.
- Deklaracja wiary lekarzy katolickich i studentów medycyny w przedmiocie płciowości i płodności ludzkiej* (2014), https://pl.wikipedia.org/wiki/Deklaracja_wiary_lekarzy_katolickich#cite_ref-12 (dostęp: 2.02.2024).
- Dębska M. (2021), Fakty po Faktach, TVN 24, <https://tvn24.pl/polska/pszczyzna-kobieta-zmarla-w-22-tygodniu-ciazy-ginekolozka-profesor-marzena-debska-komentuje-5475352> (dostęp: 2.02.2024).
- Domańska U. (2005), *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa*, [w:] W. Piątkowski, W.A. Brodniak (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza, Tychyn, s. 311–322.
- Doroszevska A., Nowakowski M. (2017), *Medykalizacja opieki okołoporodowej w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia”, t. 15, nr 2, s. 172–177.
- Foucault M. (1978), *The History of Sexuality. Volume 1: An Introduction*, Pantheon Books, New York.
- Foucault M. (1995), *Discipline and Punish. The Birth of the Prison*, Vintage Books, New York.
- Fuszara M. (1991), *Legal regulation of abortion in Poland*, „Signs”, t. 17, nr 1, s. 117–128.
- Głowacki M., Kuś M. (2019), *Media accountability meets media polarisation: A case study from Poland*, [w:] T. Eberwein, S. Fengler, M. Karmasin (red.), *Media Accountability in the Era of Post-Truth Politics*, Routledge, London–New York, s. 100–115.
- Grabowska M. (2017), *Zróżnicowanie, strach i konformizm. Lekarze w debacie na temat prawa kobiet do przerywania ciąży: wyniki badań jakościowych*, [w:] A. Grzybek, M. Kicińska (red.), *Sojusznicy czy przeciwnicy? Środowisko lekarskie w debacie o prawie kobiet do przerywania ciąży*, STER, Warszawa, s. 2–94.
- Ignaciuk A. (2021), *In sickness and in health. Expert Discussions on abortion indications, risks and patient-doctor relationships in postwar Poland*, „Bulletin for the History of Medicine”, t. 95, nr 1, s. 83–112.
- Kościełniak M. (2020), *Transformacja i aborcja. Genealogia „kompromisu aborcyjnego”*, „Widok. Teorie i Praktyki Kultury Wizualnej”, nr 27, s. 134–170.
- Krajewska A. (2022), *Revisiting Polish abortion law: Doctors and institutions in a restrictive regime*, „Social & Legal Studies”, t. 31, nr 3, s. 409–438.
- Kraśko N. (1994), *O życiu ludzkim, wartościach, odpowiedzialności i wygodnictwie życiowym. Przyczynek do kwestii ustawy antyaborcyjnej w prasie katolickiej*, [w:] M. Chałubiński (red.), *Polityka i aborcja*, Agencja Scholar, Warszawa, s. 68–88.
- Maciąg R. (2021), *Medicalization of abortion in Poland: How medicine affects the lives of women*, „Sociology Study”, t. 11, nr 5, s. 195–210.
- Mishtal J. (2015), *The Politics of Morality: The Church, the State and Reproductive Rights in Postsocialist Poland*, Ohio University Press, Athens.
- Morgan L.M. (2014), *Claiming Rosa Parks: Conservative catholic bids for ‘rights’ in contemporary Latin America*, „Culture, Health & Sexuality”, t. 16, nr 10, s. 1245–1259.
- Prosen M., Tavčar Krajnc M. (2013), *Sociological conceptualization of the medicalization of pregnancy and childbirth: The implications in Slovenia*, „Revija za sociologiju”, nr 43, s. 251–272.
- Rodak O. (2017), *Twitter jako przedmiot badań socjologicznych i źródło danych społecznych: perspektywa konstruktywistyczna*, „Studia Socjologiczne”, t. 226, nr 3, s. 209–236.

- Sieroszewski P. (2023), *Prof. Sieroszewski: zasłanianie się lekarzy klauzulą sumienia w sytuacji zagrożenia życia pacjentki jest niedopuszczalne*, rozm. K. Matusiewicz, „Puls Medycyny”, <https://pulsmedycyny.pl/prof-sieroszewski-zaslanianie-sie-lekarzy-klauzula-sumienia-w-sytuacji-zagrozenia-zycia-pacjentki-jest-niedopuszczalne-1188472> (dostęp: 2.02.2024).
- Smolińska N. (2018), *Moment animacji płodu jako element dyskusji o dopuszczalności aborcji w Kościele katolickim*, „Prawo Kanoniczne”, t. 61, nr 4, s. 79–91.
- Socha M. (2021), *Biegnę do umierającej pacjentki i myślę o dokumentach. Boję się, bo w brzuchu bije jeszcze serce*, rozm. J. Theus, OKO Press, <https://oko.press/biegne-do-pacjentki-z-peknieta-ciaza-i-mysle-co-wpisac-w-dokumentacje> (dostęp: 2.02.2024).
- Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2021 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (2022), <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=2758> (dostęp: 22.01.2025).
- Szewczyk M. (2016), *Opowieści z ultrasonograficznych mroków*, „Widok. Teorie i Praktyki Kultury Wizualnej”, nr 16.
- Wejbert-Wąsiewicz E. (2012), *Aborcja w dyskursie publicznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Wężyk K. (2021), *Aborcja jest*, Wydawnictwo Agora, Warszawa.
- Wężyk K. (2023), *W sprawie kobiet lekarze szli i idą pod rękę z Kościołem*, „Gazeta Wyborcza”, <https://wyborcza.pl/magazyn/7,124059,29323840,katarzyna-wezyk-w-sprawie-aborcji-srodowisko-lekarskie-szlo.html> (dostęp: 2.02.2024).
- Wieczorkowska M. (2012), *Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej*, „Przegląd Socjologiczny”, t. 61, nr 2, s. 31–56.
- Zaręba K., La Rosa V.L., Wójtowicz S., Kołb-Sielecka E., Banasiewicz J., Ciebiera M., Jakiel G. (2022), *The opinions of specialists in obstetrics and gynecology on the indications for pregnancy termination in Poland – A preliminary cross-sectional study*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, t. 19, nr 19.
- Ziemkiewicz R. (2021), *Lewicowe hieny każdą tragedię dostosują do swojej wersji*, „Do Rzeczy”, <https://dorzeczy.pl/opinie/224134/ziemkiewicz-lewicowe-hieny-kazda-tragedie-dostosuja-do-swojej-wersji.html> (dostęp: 2.08.2024).