



PRAWA POCZĘTEGO PACJENTA

ZAGADNIENIA INTERDYSCYPLINARNE, TEORIA I PRAKTYKA

REDAKCJA NAUKOWA: DR BŁAŻEJ KMIECIAK



**PRAWA POCZĘTEGO
PACJENTA:**
ZAGADNIENIA
INTERDYSCYPLINARNE,
TEORIA I PRAKTYKA



Instytut na rzecz
Kultury Prawnej *Ordo Iuris*

PRAWA POCZĘTEGO PACJENTA: ZAGADNIENIA INTERDYSCYPLINARNE, TEORIA I PRAKTYKA

Redakcja naukowa
Błażej Kmiecik

Warszawa 2018

© Copyright by Fundacja Instytut na rzecz Kultury Prawnej *Ordo Iuris*

Recenzenci

Prof. dr hab. n. med. Marian Gabryś

Prof. dr hab. Teresa Mróz

Redakcja naukowa

Błażej Kmiecik

Projekt okładki

Błażej Zych, Łukasz Stylec

Skład i łamanie

Izabela Tomaszewicz

Druk i oprawa

TOPCAN Drukarnia Cyfrowa

Koordinacja prac

Michał Olenowicz

ISBN 978-83-940214-7-4

Wydawca

Instytut na rzecz Kultury Prawnej *Ordo Iuris*

ul. Górnośląska 20 lok. 6, 00-484 Warszawa

www.ordoiuris.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	7
Wstęp	9
M. Łaszewska-Hellriegel, <i>Etyczne dylematy podczas opieki nad ciężarną kobietą: konflikt pomiędzy matką i płodem</i>	13
K. Urban, <i>Dziecko w okresie życia prenatalnego jako podmiot mający prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych</i>	25
J. Roszkiewicz, <i>Kilka uwag o nienarodzonej istocie ludzkiej w prawie medycznym</i>	41
I. Wrześniewska-Wal, <i>Obowiązek należytej staranności lekarza wobec dziecka poczętego na przykładzie orzeczeń sądów lekarskich</i>	55
B. Mazurkiewicz, E. Dmoch-Gajzlerska, <i>Aspekty niepełnosprawności w polskim położnictwie</i>	67
B. Krajewska, <i>Od kół podrzutków do okien życia. Perspektywa historyczna oraz obecna rzeczywistość opieki nad pozostawianymi w nich dziećmi</i>	85
M. Kawa, <i>Okna życia jako instytucje ochrony dziecka narodzonego i nienarodzonego. Niektóre aspekty funkcjonowania okien życia w Polsce</i>	99
K. Smykowski, <i>Poronienie z perspektywy teologicznomoralnej</i>	111
A. Nowacka, E. Dmoch-Gajzlerska, <i>Psychologiczne aspekty straty ciąży</i>	119
M. Rabiej, E. Dmoch-Gajzlerska, <i>Opieka nad pacjentką podczas indukcji poronienia ciąży obumarłej w pierwszym trymestrze</i>	129
B. Kmiecniak, <i>Paradoksy prenatalne, czyli wybrane wątki polskiej debaty bioetycznej z perspektywy krytycznej refleksji</i>	141
Noty o autorach	154

WYKAZ SKRÓTÓW

AKTY PRAWNE

- k.c.** – ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny
(tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 459 z późn. zm.)
- k.k.** – ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny
(tekst jedn. Dz.U. z 2016 r. poz. 1137 z późn. zm.)
- Konstytucja RP** – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej
z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78, poz. 483 z późn. zm.)
- k.r.o.** – ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy
- u.d.l.** – ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
(tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 1638 z późn. zm.)
(tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 682 z późn. zm.)
- u.p.f.** – ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne
(tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 2211)
- u.p.p.** – ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta
i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 186)
- u.p.r.** – ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie
płodów ludzkich i warunkach przerywania ciąży (Dz.U. Nr 17 poz. 78)
- u.ś.o.z.** – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 1793)
- u.z.l.** – ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza
(tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 125 z późn. zm.)

ORGANY I INSTYTUCJE

ETPC – Europejski Trybunał Praw Człowieka

MZ – Ministerstwo Zdrowia

ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych

SA – Sąd Apelacyjny

SN – Sąd Najwyższy

TK – Trybunał Konstytucyjny

WSTĘP

WOKÓŁ PRAW POCZĘTEGO PACJENTA: PERSPEKTYWA INTERDYSCYPLINARNA

Na początku grudnia 1999 r. przyszedł na świat Samuel Armas. Ten obecnie osiemnastoletni mężczyzna stał się słynny na całym świecie z racji zdjęcia, jakie zostało mu zrobione jeszcze przed narodzeniem. Gdy znajdował się w organizmie matki, został poddany operacji. Miał wówczas zaledwie 21 tygodni. Historia Samuela jest o tyle istotna, iż dotyczy przypadku, w którym to lekarze doradzali jego rodzicom przerwanie ciąży w związku ze zdiagnozowaniem u chłopca rozszczepu kręgosłupa. Podobna diagnoza uprawniała do dokonania aborcji z racji wystąpienia przesłanek eugenicznych. Na aborcję nie wyrazili jednak zgody rodzice dziecka. Przy wsparciu dra J. Brunera z Uniwersyteckiego Centrum Medycznego Vanderbilt w Nashville, w Tennessee, zdecydowali się na poddanie Samuela oraz jego mamy operacji chirurgicznej. Zabieg ten przeszedł do historii medycyny z uwagi na to, że w jej trakcie mały Samuel złapał lekarza za palec, co zostało zarejestrowane przez fotografa na zdjęciu, niejednokrotnie określanego w mediach mianem „ręki nadziei”.

Przywołany w tym miejscu przypadek zarówno pod koniec XX w., jak i niejednokrotnie w czasach obecnych przywoływany jest jako przykład wskazujący w sposób niebudzący wątpliwości, iż w okresie ciąży mamy do czynienia z odrębną osobą, z dzieckiem, z człowiekiem. Zwraca się tym samym słusznie uwagę, że zdjęcie oraz „działanie” małego Samuela jest koronnym dowodem świadczącym o konieczności objęcia pełną prawną ochroną dzieci poczętych. Analizując z perspektywy czasu opisaną sytuację, bazując również na dynamicznym postępie nauk medycznych, dojść jednakże można do kolejnego, równie istotnego wniosku. Zdjęcie poddawane operacji, nienarodzonego jeszcze Samuela w sposób doskonały pokazuje, że dziecko poczęte jest pacjentem.

Podobne stwierdzenie wydawać się może oczywiste. Od pierwszych bowiem chwil trwania ciąży badaniom poddawana jest nie tylko kobieta spodziewająca się narodzin dziecka, lecz także owo dziecko. Lekarz bada jego budowę ciała, a w kolejnych tygodniach ocenia działanie tworzących się narządów oraz obserwu-

je dynamikę rozwoju fizycznego. Rozwój współczesnych metod diagnostycznych pozwala na coraz wcześniejsze, a jednocześnie coraz dokładniejsze zbadanie stanu nienarodzonego jeszcze pacjenta. W tym miejscu pojawia się jednak kluczowe pytanie, czy dostrzeżenie pacjenckiego statusu nienarodzonego dziecka uprawnia do stwierdzenia, iż w podobnej medycznej sytuacji ma ono szczególnie istotne prawa.

Poszukiwanie odpowiedzi na postawione w tym miejscu pytanie było istotnym impulsem zorganizowania przez Centrum Bioetyki Instytutu na Rzecz Kultury Prawnej *Ordo Iuris* konferencji pod tytułem „Prawa poczętego pacjenta: aspekty medyczne oraz prawne.” Spotkanie to odbyło się w Warszawie 14 października 2016 r. Nadmienić w tym miejscu należy, iż organizacja omawianej konferencji spotkała się z niespotykaną krytyką części środowisk, w sposób otwarty opowiadających się za liberalizacją polskiego prawa aborcyjnego. Podobna krytyka stanowi jednak w tym miejscu szczególnie cenny element o charakterze poznawczym. W sposób dobitny pokazuje ona niestety pomijanie oraz marginalizowanie w debacie społecznej osoby dziecka poczętego jako świadczeniobiorcy usług medycznych. Wszelkie istotne dyskusje dotyczące statusu ludzkiego płodu czy też zakresu praw należnych dziecku poczętemu z niezrozumiałych względów nie uwzględniają obiektywnych oraz racjonalnych faktów przedstawiających prenatalnie rozwijający się organizm jako pacjenta. Oceniając w sposób ogólny jego sytuację, dostrzec należy w sposób niebudzący wątpliwości, iż uzasadnione wydaje się zwrócenie uwagi na poszczególne prawa, jakie należne są np. w trakcie wykonywania tzw. operacji płodowych. Jakie są to jednak uprawnienia? Gdzie jest ich źródło? Czy ciąża jest stanem, który nakazuje głębszą refleksję nad relacją łączącą dziecko oraz matkę? Czy relacja ta znajduje odzwierciedlenie nie tylko w doniesieniach naukowców zajmujących się psychologią, lecz także prawem?

To m.in. podobne pytania stały się impulsem do podjęcia analiz przez autorów artykułów składających się na treść prezentowanej w tym miejscu monografii. Artykuły te stanowią zapis doświadczeń oraz refleksji specjalistów zajmujących się zarówno medycyną i prawem, jak i psychologią, pedagogiką, etyką oraz teologią. Tym samym książka „Prawa poczętego pacjenta” jest dialogiem teorii oraz praktyki. Z jednej zatem strony ukazywane są uwagi dotyczące prawnego kontekstu funkcjonowania dziecka poczętego jako pacjenta. W ujęciu tym poddane zostały analizie obecne formalne rozwiązania. Jednocześnie wskazano na konkretne propozycje *de lege ferenda*. Perspektywa ta uwidacznia się również w refleksjach autorów odnoszących się do współczesnych wyzwań społecznych, w sposób bezpośredni związanych z okresem ciąży. Z drugiej natomiast strony w przedstawionym opracowaniu nie pominięto aspektów praktycznych analizowanych zagadnień, co objawia się przede wszystkim w prezentacji wybranych dylematów, problemów oraz wyzwań, przed którymi stoi niejednokrotnie personel medyczny, podejmujący starania o zdrowie

i życie matki oraz dziecka poczętego. Zagadnienie to ukazywane jest z perspektywy głównego wątku książki, jakim są prawa poczętego pacjenta.

Prezentowane w tym miejscu opracowanie jest pierwszym tego typu zbiorem analiz oraz refleksji poświęconych uprawnieniom nienarodzonego dziecka jako pacjenta. Mamy nadzieję, iż będzie ono nie tylko cenną lekturą ukazującą unikalne zagadnienia społeczne, lecz także silnym bodźcem stymulującym dalszą, niezbędną debatę wskazującą na coraz istotniejsze znaczenie praw pacjenta, który się jeszcze nie urodził.

DR BŁAŻEJ KMIECIAK

MARTYNA ŁASZEWSKA-HELLRIEGEL

ETYCZNE DYLEMATY PODCZAS OPIEKI NAD CIĘŻARNĄ KOBIETĄ: KONFLIKT POMIĘDZY MATKĄ I PŁODEM

Uwagi wstępne

Jeżeli kobieta ciężarna podejmuje decyzję lub zachowuje się w sposób, który mógłby zaszkodzić zdrowiu jej płodu, lekarz może zostać skonfrontowany z etycznym dylematem. Czy pierwszeństwo ma respektowanie przez lekarza autonomii decyzyjnej kobiety, czy może podejmowanie postępowania, które jest konieczne ze względu na dobro płodu? Kontrowersyjna teoria praw płodu lub zagadnienie traktowania płodu jako pacjenta przyczyniła się do powstania teorii, że ciężarna kobieta i jej płód mogą być potencjalnymi przeciwnikami. Pojawia się pytanie, czy prawo polskie rozpoznaje prawa płodu. Prawa kobiety wydają się rzeczą jasną, jako osoba prawna ma ona prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa osobistego. Czy w przypadku gdy kobieta odrzuca porady medyczne, jej decyzja musi być respektowana, nawet jeżeli lekarz wierzy, że jej płód ucierpi poprzez jej postępowanie? Czy przymus w stosunku do kobiety może być alternatywą postępowania, jeżeli wydaje się to najlepsze dla płodu?

Kazusy

Pani A ma 19 lat i jest w 25. tygodniu ciąży. Podczas wizyty u ginekologa oświadcza, że jej partner może być zarażony wirusem HIV. Lekarz radzi jej przeprowadzenie testu na HIV, tłumacząc, że jeżeli wynik będzie pozytywny, możliwe jest leczenie, które może zwolnić proces choroby. Ponadto, leczenie może zredukować ryzyko transmisji wirusa HIV do płodu. Mimo tej informacji Pani A odmawia przeprowadzenia testu.

Pani B ma 24 lata i jej akcja porodowa trwa już 18 godzin. Rozwarcie szyjki macicy wynosi 3 cm. Akcja serca płodu do tej pory nie była przedmiotem zmar-twień lekarzy, ale w chwili obecnej tętno wyraźnie spadło do około 65 uderzeń na minutę. Lekarz decyduje się na przeprowadzenie cięcia cesarskiego, co najwyraźniej

może uratować życie płodu. Pani B kategorycznie odmawia udzielenia zgody na operację, stanowczo mówiąc: „Żadnej cesarki”.

Dylematy etyczne lekarza

Jeżeli lekarz wierzy, że ma moralną powinność przeprowadzenia dwóch będących w konflikcie akcji, wtedy staje on przed dylematem moralnym¹. Podczas opieki nad kobietą ciężarną dylematy moralne mogą pojawić się w sytuacji, gdy lekarz wierzy, że jego zobowiązanie do respektowania decyzji pacjentki wchodzi w konflikt z jego obowiązkiem do ochrony zdrowia i życia płodu. Taki konflikt może się pojawić przynajmniej w trzech oddzielnych zakresach: w stosunku do osobistych decyzji wyboru opieki zdrowotnej kobiety, w stosunku do jej stylu życia i zachowania oraz w stosunku do wykonywanej przez nią pracy zawodowej. W praktyce i literaturze te niefortunne sytuacje są często nazywane „konfliktem pomiędzy matką i płodem”².

Używanie tego terminu jest problematyczne z paru powodów. Po pierwsze, wskazuje on na konflikt pomiędzy kobietą ciężarną a płodem, mimo że konflikt zazwyczaj istnieje pomiędzy kobietą ciężarną a tymi, którzy wierzą, że wiedzą lepiej, w jaki sposób opiekować się płodem³. Po drugie, ten termin utrwała bezpodstawne założenie, że problem wynika z przeciwstawienia praw matki przeciwko prawom płodu, a co najwyżej możemy tutaj mówić o konflikcie pomiędzy autonomią kobiety i najlepszym interesem płodu. Możemy zauważyć różne przykłady postępowania lekarzy postawionych wobec takiego dylematu. Część lekarzy respektuje decyzje kobiety ciężarnej, inni żądają interwencji państwa, aby obronić płód. Obydwa te zachowania są konieczne i właściwe w odpowiednich sytuacjach. W końcu termin „konflikt pomiędzy matką a płodem” jest faktycznie niepoprawny. Termin „matka” sugeruje istnienie obowiązków rodzicielskich w stosunku do płodu – w sytuacji gdy kobieta dopiero stanie się matką w stosunku do płodu, który nosi, jest duża różnica. Pomimo że termin „konflikt pomiędzy matką a płodem” zyskał popularność, ja proponuję użycie bardziej opisowego terminu „dylematy etyczne powstające podczas opieki nad kobietą ciężarną”.

1 J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, Warszawa 2012, s. 45 i n.; T. Beauchamp, J. Childress, *Principles of biomedical ethics*, New York 1994, s. 11–13.

2 K. Szewczyk, *Czy płód jest pacjentem?*, „Diametros” Nr 32 (2012), s. 110 i n.; B. Steinbock, *Maternal-fetal conflict and in utero fetal therapy*, „Albany LawRev” Nr 57 (1994), s. 782–793; M. Mahowald, *Women and children in health care: an unequal majority*, New York, Oxford University Press, 1993, s. 131–43; E. Stein, *Maternal-fetal conflict: reformulating the equation*, [w:] *Challenges in medical care*, red. A. Grubb, Chichester (England) 1992, s. 91–92.

3 N. Milliken, *Maternal-fetal relationship*, [w:], *Encyclopedia of bioethics*, t. 3, New York 1995, s. 1406.

Dlaczego etyczne dylematy, które powstają podczas opieki nad kobietą ciężarną, są takie ważne?

ETYKA

Zasada wolności reprodukcyjnej oznacza, że ludzie mają prawo dokonywać wolnych wyborów w sferze swojej reprodukcji, a państwo ma obowiązek zapewnić warunki, w których to mogłoby się odbywać⁴. U części osób zasada ta wzbudza wątpliwości moralne, ponieważ daje kobiecie prawo do decyzji o dokonaniu aborcji niechcianej ciąży. Dla tych osób prawa, które ma kobieta ciężarna, nie mają pierwszeństwa przed prawem do życia płodu. W wypadku takiego rozumowania musimy przyjąć założenie, że płód – tak samo jak kobieta ciężarna – jest osobą, kimś, czyje interesy i prawa muszą być respektowane.

Inni z kolei nie odrzucają zasady wolności reprodukcji, jednocześnie uważając, że powinno się stosować odpowiednie ograniczenia tej zasady w odniesieniu do kobiet. Uważają, że mimo iż płód nie ma praw równych osobie, to jednak w momencie podjęcia decyzji „zgodnie ze swoją wolną wolą” o kontynuacji ciąży powstają obowiązki kobiety w stosunku do płodu. Ponadto zwolennicy tej teorii uważają, że państwo może interweniować, aby ograniczyć działania potencjalnie szkodliwe dla płodu⁵. Dla mnie taka pozycja jest problematyczna. Sugeruje ona sprzeczność pomiędzy interesami kobiety i interesami płodu, nie zauważa bardzo ważnego faktu, że te interesy kobiety i jej płodu są bardzo powiązane. Ta niewielka liczba kobiet, która ryzykuje uszkodzenie swojego płodu, zazwyczaj aktywnie nie pragnie spowodować takiej szkody.

Kobiety ciężarne nie pragną urodzić niepełnosprawnego dziecka. Niestety, niektóre ich wybory są dokonywane w pewnej ignorancji lub pod wpływem głębokich wierzeń religijnych albo osobistych. Może się również zdarzyć, że podjęte decyzje są rezultatem presji społecznej lub psychologicznej. Każda z tych wymienionych powyżej przyczyn może doprowadzić kobietę do podjęcia decyzji, która nie będzie najlepsza z punktu widzenia płodu. Na przykład kobieta bojąca się fizycznej i psychicznej przemocy oraz wykorzystywania przez partnera może odmawiać

4 Prawa reprodukcyjne zaczęły rozwijać się jako element praw człowieka od 1968 r., gdy odbyła się Międzynarodowa Konferencja Praw Człowieka ONZ w Teheranie. Rezultatem konferencji było powstanie niewiążącej proklamacji teherańskiej. Proklamacja jako pierwszy dokument międzynarodowy podjęła kwestię praw reprodukcyjnych: „Rodzice mają podstawowe prawo człowieka do zdecydowania w sposób wolny i odpowiedzialny o liczbie i odstępach czasowych pomiędzy narodzinami dzieci” (pkt 16); S. Sherwin, *No longer patient: feministethics and healthcare*, Philadelphia 1992, s. 115–116.

5 J. Robertson, *Legal issues in prenatal therapy*, „Clin Obstet Gynecol” Nr 29 (1986), s. 603–611; F. Chervenak, L. McCulloch, *Perinatal ethics: a practical analysis of obligations to mother and fetus*, „ObstetGynecol” Nr 66 (1985), s. 442–446.

przeprowadzenia dobrowolnego testu na HIV, który może wskazać na konieczność natychmiastowego poddania się leczeniu, aby zapobiec przeniesieniu wirusa na płód. Gdyby okoliczności były inne, nie wolałyby podejmować ryzyka, że jej dziecko może zostać zarażone wirusem HIV⁶. Należy również zauważyć, że kontynuacja ciąży nie zawsze jest związana z zamierzonym aktywnym wyborem ze strony kobiety. Podobnie też wiele zachowań, które mogą zaszkodzić płodowi, nie może być uznane za „wolne wybory”; ma to miejsce np. w wypadku uzależnień.

Uznając i zauważając takie ograniczenia, można dalej argumentować, że interwencja państwa – wprowadzająca przymusowe badania i obserwację oraz obowiązkowe umieszczanie kobiet ciężarnych w ośrodku opieki – aby zapobiec ciągłemu naruszaniu interesu płodu, i przymusowe badania ginekologiczne są moralnie uzasadnione. Jednakże taka koncepcja wydaje się problematyczna, jeżeli sprawę będziemy taktowali w szerszym kontekście socjalnym i politycznym. Po pierwsze, taki przymus państwowy byłby znacznie dalej posunięty od innej interwencji państwa w stosunku do ratowania innego życia niż życie płodu. Na przykład rodzice nie są zmuszani przez państwo do tego, aby zostać dawcą organów dla swoich dzieci, nawet w sytuacji gdy pojawia się duże prawdopodobieństwo śmierci dziecka w razie odmowy dawstwa. Możemy uważać odmowę rodzica do dokonania takiego dawstwa za moralnie karygodną, ale jest poza zasięgiem państwa, aby zmuszać do tego rodziców. W związku z tym zmuszanie ciężarnej kobiety do tego, aby zaakceptowała wysiłki, by płód miał się dobrze, jest również trudne do zaakceptowania i godzi w jej osobistą autonomię⁷. Po drugie, jeżeli podczas zastosowania takiego przymusu kobiecie ciężarnej stanie się krzywda, zazwyczaj nie przyniesie to pożytku płodowi. Z drugiej strony zaś istnieje wiele przypadków raportów urodzenia się zdrowych dzieci po tym, jak kobieta odmówiła zgody na cesarskie cięcie, które wydawało się konieczne ze względów medycznych⁸.

Po trzecie, interwencje państwowe zazwyczaj mają odwrotnie proporcjonalne działanie w stosunku do celów, w jakich zostały one powołane, zniechęcają kobiety, których płód może być zagrożony, od szukania pomocy i opieki⁹. Również bardzo łatwo jest podważyć zaufanie pomiędzy ciężarną kobietą a pracownikami opieki

6 P. Kitcher, *The lives to come: the genetic revolution and human possibilities*, New York 1996, s. 83.

7 G. Annas, *Protecting the liberty of pregnant patients*, „N Engl J Med” Nr 316 (1987), s. 1213–1214; M. Mahowald, *Women and children in health care: an unequal majority*, New York 1993, s. 43.

8 G. Annas, *Protecting the liberty...*, dz. cyt., s. 1213–1214.

9 Tamże, s. 1213.

medycznej. Zaufanie jest bardzo ważnym elementem w prowadzeniu edukacji promującej narodziny zdrowych dzieci¹⁰.

W końcu interwencje państwowe dbające o dobro płodu zawierają w sobie element obłudy. Są one często niekonsekwentne, zwłaszcza biorąc pod uwagę rozdzźwięk pomiędzy agresywnymi staraniami, aby uratować kilka płodów z kilku kobiet w niefortunnych sytuacjach, a jednocześnie szeroko rozprzestrzenioną tolerancją w stosunku do nieakceptowalnych i często niebezpiecznych warunków życiowych w których znajdują się już narodzone dzieci.

PRAWO

W odniesieniu do dyskusji należy przyrzeć się przede wszystkim dwóm kwestiom regulacji polskiego prawa, tj. prawu kobiety do odmowy terapii i prawom płodu. Prawo polskie potwierdza kompetencje kobiety do odmowy terapii, lecz jasno nie precyzuje praw płodu¹¹. Zgoda na stosowanie terapii jest prawną koniecznością w praktyce medycznej¹². Lekarze, którzy traktują posiadającego pełnię praw pacjenta bez jego zgody, narażają siebie na ryzyko odpowiedzialności karnej i cywilnej¹³. Przymusowe leczenie kobiety przez państwo nie jest zgodne z Konstytucją RP¹⁴, oraz z prawami pacjenta¹⁵ przewidującymi, że kobieta i mężczyzna mają równe prawa do życia wolności i bezpieczeństwa.

10 S. Kauf, A. Tłuczak, *Jakość usług na rynku medycznym w opinii Opolan – wyniki badań*, „Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą” Nr 50 (2011) s. 132–142.

11 Ustawodawca w szeregu przepisów gwarantuje dziecku poczętemu ochronę, przewidując możliwość uznania dziecka poczętego, lecz jeszcze nienarodzonego (art. 75 k.r.o.), dochodzenia naprawienia szkód doznanych przed urodzeniem (art. 446¹ k.c.), bycia spadkobiercą, zapisobiercą, uprawnionym do zachowku, ale pod warunkiem, że dziecko urodzi się żywe (art. 927 § 2 k.c. art. 962 k.c., art. 994 § 2 k.c.), ustanowienia kuratora, jeżeli jest to potrzebne dla strzeżenia przyszłych prawa dziecka poczętego (art. 182 k.r.o.), ponadto, jeżeli ojcostwo mężczyzny niebędącego mężem matki zostało uwiarygodnione, matka może żądać, ażeby mężczyzna ten jeszcze przed urodzeniem się dziecka wyłożył odpowiednią sumę pieniężną na koszty utrzymania matki przez trzy miesiące w okresie porodu oraz na koszty utrzymania dziecka przez pierwsze trzy miesiące po urodzeniu. Termin i sposób zapłaty tej sumy określa sąd. Ochrona *nasciturus* jest więc w tym przypadku także, choć pośrednio, zagwarantowana (art. 142 k.r.o. i 754 k.p.c.).

12 Normatywne korzenie zgody pacjenta wywodzą się wprost z zasad konstytucyjnych. Potwierdzają je również przepisy art. 5 Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny (podpisanej, lecz nieratyfikowanej przez Polskę), art. 32 i 34 u.z.l., art. 19 ust. 1 pkt 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91 poz. 408 z późn. zm.), art. 15 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL), w których uprawnienie do wyrażania zgody jest podstawowym i niezbywalnym prawem każdego chorego.

13 Odpowiedzialności odszkodowawczej z art. 444, 445 i 446 k.c. i karnej z art. 192 § 1 k.k.

14 Art. 41 ust. 1 Konstytucji RP wprowadzający gwarancję nietykalności i wolności osobistej.

15 Art. 16 u.p.p.

Pytanie, czy dziecko w łonie matki traktowane jest przez prawo tak samo, jak wtedy gdy się już urodziło, pozostaje w literaturze rzeczą sporną, a moim zdaniem mamy tu odczynienia ze zjawiskiem luki prawnej wymagającej uregulowania. W myśl art. 8 k.c. zdolność prawną uzyskuje się w chwili urodzenia, z drugiej jednak strony płodowi przysługuje wiele praw wynikających z innych uregulowań prawnych, choćby prawo do bezpłatnej opieki medycznej, co czyni go pośrednio również pacjentem. Czy wobec tego płód może korzystać z praw pacjenta?

Analizując treść przepisu art. 39 KEL, będącego najważniejszym w zakresie określania standardu postępowania lekarza wobec kobiety w ciąży, należy stwierdzić, że traktuje on płód podmiotowo, dając mu prawa pacjenta¹⁶. Artykuł 39 KEL jasno stanowi, iż podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem. Oznacza to, że lekarz w ramach standardu należytej i najwyższej zawodowej staranności powinien podejmować działania, w których ewentualny konflikt między wyborem dobra, jakim jest życie i zdrowie matki oraz życie i zdrowie płodu, będzie w miarę możliwości minimalizowany. W literaturze można spotkać pogląd, że skoro dziecko jest pacjentem, na lekarzu spoczywa obowiązek ochrony zdrowia obojga pacjentów¹⁷. Jakie były zamierzenia autorów KEL? Prawdopodobnie miały równoważyć zbyt pochopne decyzje lekarza. Jednakże te starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka mogą być ograniczane wolą kobiety ciężarnej¹⁸. Luka prawna dotycząca jasnego uregulowania praw płodu stawia lekarza w wyjątkowo trudnej sytuacji nie ma bowiem instrumentów prawnych, z których lekarz mógłby skorzystać dla podjęcia działań ratujących życie lub zdrowie płodu, gdy pacjentka odmówi zgody na interwencję medyczną¹⁹. Ze względu na zasadę poszanowania woli pacjentki ma ona zagwarantowane uprawnienie do samostanowienia²⁰. Rozstrzygnięcie problemu, jak należy się zachować w momencie koniecznej interwencji dla ratowania zdrowia lub

16 O problemach z pojmowaniem podmiotowości dziecka poczętego zob. np. M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 388 i n.; J. Haberko, *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa 2010, rozdział I.

17 Zob. D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2004, s. 257; P. Maciejko, *Pojęcie i koncepcje ochrony w zdrowiu*, „Antidotum” nr 12 (1992), s. 26–27.

18 J. Haberko, *Prokreacja. Kilka uwag komentarza do art. 38–38a Kodeksu Etyki Lekarskiej*, MW 6 (2014), s. 45.

19 Szeroko to tym J. Haberko, *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa 2010, zwłaszcza rozdział V.

20 J. Haberko, *Prokreacja. Kilka uwag...*, s. 46–47.

życia płodu wbrew woli pacjentki, często bywa trudne moralnie dla lekarza²¹. Chodzi tu o sytuacje, w której konsekwencją działań lekarza może być poprawa stanu zdrowia lub ocalenie życia dziecka poczętego. Jednocześnie zaś występuje ryzyko poddania się zabiegom ze strony kobiety ciężarnej, ale to ryzyko jest albo niskie, albo nieporównywalnie niższe niż korzyść, którą może odnieść płód. M. Świdorska podaje przykłady sytuacji, z jakimi możemy mieć tu do czynienia²². Moim zdaniem przedmiotem dyskusji nie będą wyłącznie sytuacje, gdy leczeniu miałby zostać poddany płód, lecz również wszelkie stany zdrowotne kobiety ciężarnej wymagające interwencji medycznej, jeśli brak tej interwencji mógłby mieć negatywny skutek dla płodu. Należy zauważyć, że o ile w każdej typowej sytuacji pacjent ma prawo do odmowy udzielenia zgody na proponowaną przez lekarza czynność medyczną, o tyle sytuacja kobiety ciężarnej za typową nie może być uznana²³.

Człowiek w każdej fazie rozwoju ma takie same prawa – stwierdził Trybunał Konstytucyjny w wyroku wydanym jeszcze przed wejściem w życie Konstytucji RP z 1997 r.²⁴ Trybunał potwierdził – oprócz gwarancji ochrony życia ludzkiego w każdej fazie jego rozwoju (również prenatalnej) – że od momentu powstania życia ludzkie staje się wartością chronioną konstytucyjnie. W innym orzeczeniu TK uznał²⁵, że zasada demokratycznego państwa prawnego nie tylko znalazła wyraz w nowej Konstytucji, lecz także że sformułowanie art. 2 Konstytucji RP jest dosłownym powtórzeniem dawnego art. 1 przepisów konstytucyjnych, wprowadzonego do naszego porządku konstytucyjnego mocą noweli z 29.12.1989 r., a więc już w nowym porządku ustrojowym. Konwencję redakcyjną polegającą na dosłownym

21 Zob. zwłaszcza M. Safjan, *Prawo i medycyna*, Warszawa 1998, s. 60; M. Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 229; J. Sawicki, *Przymus leczenia i eksperyment lekarski w świetle prawa*, Warszawa 1964, s. 5.

22 M. Świdorska, *Zgoda...*, s. 229; M. Świdorska mówi głównie o sytuacjach patologii ciąży.

23 M. Safjan, *Prawo i medycyna*, Warszawa 1998, s. 60.

24 Wyrok TK, sygn. K 26/96: „Jeżeli treścią zasady państwa prawa jest zespół podstawowych dyrektyw wyprowadzanych z istoty demokratycznie stanowionego prawa, a gwarantujących minimum jego sprawiedliwości, to pierwszą taką dyrektywą musi być respektowanie w państwie prawa wartości, bez której wykluczona jest wszelka podmiotowość prawna, tj. życia ludzkiego od początków jego powstania. Demokratyczne państwo prawa jako naczelną wartość stawia człowieka i dobra dla niego najcenniejsze. Dobrem takim jest życie, które w demokratycznym państwie prawa musi pozostawać pod ochroną konstytucyjną w każdym stadium jego rozwoju. Wartość konstytucyjnie chronionego dobra prawnego, jakim jest życie ludzkie, w tym życie rozwijające się w fazie prenatalnej, nie może być różnicowana. Brak jest bowiem dostatecznie precyzyjnych i uzasadnionych kryteriów pozwalających na dokonanie takiego zróżnicowania w zależności od fazy rozwojowej ludzkiego życia. Od momentu więc powstania życia ludzkie staje się wartością chronioną konstytucyjnie. Dotyczy to także fazy prenatalnej”.

25 Wyrok TK, sygn. K 26/97.

powtórzeniu przepisu należy uznać za jasny wyraz intencji ustawodawcy konstytucyjnego do przejścia dotychczasowego kształtu i rozumienia zasady demokratycznego państwa prawnego, tak jak się one uformowały w praktyce konstytucyjnej, a zwłaszcza w orzecznictwie minionych 8 lat.

Idąc więc dalej za rozumowaniem TK, można by postawić tezę, że gwarancje konstytucyjne przewidziane w obecnej Konstytucji RP obejmują zarówno gwarancje ochrony życia ludzkiego w każdej (w tym prenatalnej) fazie jego rozwoju, jak i ochrony zdrowia dziecka poczętego i jego niezakłóconego rozwoju. Tym samym płód uzyskuje prawa pacjenta mające konstytucyjne uzasadnienie. Wreszcie mamy art. 2 ust. 1 ustawy o Rzeczniku Praw Dziecka, który nie pozostawia wątpliwości, że od poczęcia mamy do czynienia z dzieckiem, a zatem podmiotem praw dziecka. Identyczne stanowisko ustawodawca przyjął w ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży²⁶. Artykuł 1 tej ustawy uznaj wprost, że prawo do życia również w fazie prenatalnej podlega ochronie.

Podobne zasady obowiązują w prawie międzynarodowym – dziecku przysługują prawa do opieki medycznej na każdym etapie rozwoju. Konwencja Praw Dziecka ONZ nakłada na Polskę obowiązek uznania prawa dziecka m.in. do maksymalnych udogodnień w zakresie leczenia oraz rehabilitacji, a za sposób realizacji tego prawa uznaje zapewnienie matkom odpowiedniej opieki również przed porodem. Wreszcie Deklaracja Praw Dziecka ONZ z 1959 r. wzywa kraje do zapewnienia dziecku zdrowego rozwoju, m.in. poprzez szczególną ochronę i opiekę dziecku i matce zarówno przed urodzeniem dziecka, jak i po jego urodzeniu²⁷.

W prawie karnym brak spójnej regulacji jest jeszcze bardziej widoczny. Płód w ciągu kilku minut z przedmiotu – płodu staje się podmiotem – człowiekiem²⁸. Według orzeczenia Sądu Najwyższego z 2008 r. o człowieku można mówić dopiero od momentu rozpoczęcia się porodu (metodą naturalną lub sztucznie). W grudniu 2013 r. Komisja Kodyfikacyjna Prawa Karnego przy Ministrze Sprawiedliwości zaproponowała, by do Kodeksu karnego dodać art. 162a, który zrównywałby ochronę zdrowia i życia dziecka poczętego zdolnego do samodzielnego życia poza orga-

26 Dz.U. 1993 nr 17 poz. 78.

27 Zasada 4 Deklaracji.

28 Półtora roku temu w ten sposób zmarły we wrocławskim szpitalu bliźnięta w 32. tygodniu ciąży. Lekarze nie odpowiadają wtedy za spowodowanie śmierci człowieka, lecz za zwykły błąd lekarski, <http://wyborcza.pl/1,75968,19797350,gdy-plod-staje-sie-czlowiekiem.html>, dostęp: 24 kwietnia 2017.

nizmem matki z ochroną człowieka urodzonego²⁹. Moim zdaniem jednak jedyną możliwością uniknięcia paradoksu jest ochrona płodu od początku jego rozwoju, takie jednak rozwiązanie prawnie pociąga za sobą inny problem ewentualnej ingerencji prawa w prawo do wolności kobiety w ciąży, dlatego trudno w tej sytuacji uzyskać jakikolwiek kompromis prawny i etyczny, który w momencie konfliktu interesów matki i płodu byłby bezsporny³⁰.

STUDIA EMPIRYCZNE

Jednym z uzasadnień interwencji państwa w ciążę jest wiara w to, że będzie to z korzyścią dla płodu. Jednakże raporty udanego porodu, pomimo odmowy przeprowadzenia cesarskiego cięcia, pozwalają wątpić w to założenie³¹. Niestety nie prowadzi się dokumentacji, która umożliwiłaby utworzenie statystyk dotyczących odmowy medycznych porad przez kobiety w ciąży. Analiza niewielu spraw, które dotarły do sądów, jest dysproporcjonalnie przygniatąjąca dla kobiet z marginesu społecznego lub będących w mniejszości religijnej. Powinno być to przedmiotem zainteresowania instytucji państwowych.

Ponadto, jeżeli skupimy się na wpływie decyzji kobiet ciężarnych na dobro płodu, uwidacznia się pewna zależność: badania pokazują, że spożywanie alkoholu i narkotyków, duże spożycie kofeiny, nikotyny i wykonywanie niektórych zawodów przez rodziców są potencjalnym ryzykiem dla płodu. Z kolei takie zachowania rodziców są często sprzężone z klasami społecznymi, z których rodzice pochodzą. Najlepszą działalnością Państwa byłyby przede wszystkim edukacja i pomoc socjalna i psychologiczna. Faktem jest również, że niedożywienie, przemoc, chaotyczny tryb życia, poważne problemy ze zdrowiem matki i brak opieki medycznej, mają

29 Projekt komisji: <https://bip.ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/komisje-kodyfikacyjne/komisja-kodyfikacyjna-prawa-karnego/komisja-kodyfikacyjna-prawa-karnego-2009-2013>, dostęp: 24 kwietnia 2017. Szefujący wówczas Komisji prof. Andrzej Zoll tłumaczył, że chodzi właśnie o karanie rażących przypadków zaniedbań okołoporodowych. Propozycja wywołała ostrą krytykę, także dlatego że przewidywała karanie kobiety za przyczynienie się do śmierci dziecka poczętego i Ministerstwo Sprawiedliwości się z niej wycofało.

30 Biblia wskazuje hierarchię życia. Za unicestwienie płodu – rekompensata pieniężna, za zabicie kobiety – życie za życie (II Księga Mojżeszowa 21:21–23). Ponadto, świadczeń zdrowotnych udziela pacjentowi lekarz, który musi się kierować zasadami etyki zawodowej wyraźnie nakazującej mu (art. 39 KEL) w równym stopniu co matkę ciężarną otoczyć troską dziecko. Wreszcie art. 2 ust. 1 ustawy o Rzeczniku Praw Dziecka nie pozostawia wątpliwości, że od poczęcia mamy do czynienia z dzieckiem, a zatem podmiotem praw dziecka.

31 G. Annas, *Forced cesareans: the most unkindest cut of all*, „Hastings Cent Rep.” nr 12 (1982), s. 16–17, 45; V. Kolder, J. Gallagher, M. Parson., *Court-ordered obstetrical interventions*, „N Engl J Med.” nr 316 (1987), s. 192–196.

znaczny wpływ na zdrowie i kondycję płodu – to są to bardzo często pomijane kwestie w dyskusji.

W jaki sposób podchodzić do dylematów etycznych, które powstają podczas opieki nad kobietą ciężarną?

Mimo że polskie prawo zawiera luki prawne w regulacji dotyczącej praw płodu, interes płodu jest brany pod uwagę przez lekarzy i ich ciężarne pacjentki. Dzięki rozwojowi badań USG, możliwościom korzystania z coraz lepszej technologii prenatalnej i coraz większych możliwości pomocy medycznej wcześniakom lekarz traktuje płód jako pacjenta, a inne jego taktowanie jest często sprzeczne z sumieniem lekarza³². Wielu lekarzy czuje się odpowiedzialnymi za dwóch pacjentów w jednym ciele. Sytuacja gdy płód umiera lub zostaje skrzywdzony, a poprzez interwencję lekarską można zmienić jego los, jest trudna dla lekarza. Mimo tego jednak nie ma on prawa do zmuszania pacjentki, aby poddała się interwencji medycznej. Jednocześnie lekarz nie powinien pozostawić pacjentki bez koniecznej opieki.

Trudnym zadaniem lekarza jest to, że musi respektować prawa kobiety do podejmowania decyzji w stosunku do siebie i swojego płodu. Ponadto opieka musi być podjęta bez pytania o kompetencje kobiety jedynie dlatego, że nie zgadza się ona z rekomendacją lekarza. Jednakże lekarz powinien pamiętać o tym, że najczęstszym powodem odrzucenia medycznej porady nie jest niekompetencja, lecz strach przed niewiadomym. Inne możliwe powody odmowy to doświadczenie, stronniczość w stosunku do teraźniejszości i najbliższej przyszłości oraz brak zaufania do opieki medycznej³³.

Rozmowa, zrozumienie i respekt dla kobiety są istotne w borykaniu się z tymi trudnymi sytuacjami. Jednakże bez względu na to, jak dobrym komunikatorem będzie lekarz, kobieta może z powodów jasnych tylko dla niej nie zmienić decyzji i zachowania. Zdolność lekarza do komunikacji może zostać przetestowana w takich sprawach (w szczególności jeżeli decyzja jest potrzebna szybko) i może być mu trudno wzbudzić zaufanie pacjenta, które przecież jest integralnym elementem relacji pacjenta i lekarza. Tak jak w innych trudnych sytuacjach medycznych konsultacje z kolegami mogą w tym wypadku być pomocne.

Kazusy – propozycje rozwiązań

Ponieważ terapia ciężarnej kobiety seropozytywnej dobrze wpływa na jej płód, przyczyniając się do znacznego zmniejszenia ryzyka przeniesienia wirusa HIV na

32 M. Harrison, M. Golbus, R. Filly, *The unborn patient*, New York 1984, s. 82.

33 D. Brock, S. Wartman. *When competent patients make irrational choices*, „N Engl J Med” nr 332 (1990), s. 1595–1599.

dziecko, toczy się debata o tym, czy nie wprowadzić obowiązkowych testów HIV dla kobiet będących w ciąży³⁴. Jednakże aby respektować autonomię ciężarnej kobiety, ta interwencja nie może nastąpić bez jej wyraźnej zgody. Warte podkreślenia jest to, że samo przeprowadzenie testu nie jest efektywną interwencją, która ma wpływ na płód. Jeżeli okaże się, że kobieta jest seropozytywna, ma ona prawo do odmowy leczenia, nawet jeżeli leczenie to ma pozytywny wpływ na płód. Dlatego pomimo zwiększonego ryzyka, że pani A może być nosicielem wirusa HIV, lekarz musi respektować jej odmowę przeprowadzenia testu i jedynie próbować dociec, czym ta odmowa jest spowodowana i czy przez zmianę okoliczności nie można by było uzyskać zgody pacjentki.

Dalsza dyskusja wyjaśnia, że pani B jest przestraszona znieczuleniem ogólnym, ponieważ jej matka umarła z powodu powikłań po znieczuleniu. Ponadto pani B brakuje zaufania w stosunku do lekarzy i wierzy w to, iż wykonuje się zbyt wiele cięć cesarskich. Gdy zostanie jej wytłumaczone, że cięcie cesarskie może być przeprowadzone poprzez znieczulenie okołooponowe, z uwagi na spowolnienie pulsu płodu pani B zgadza się na przeprowadzenie operacji. Jednakże jeżeli pacjentka w dalszym ciągu odmawiałaby przeprowadzenia operacji, lekarz byłby zmuszony uszanować jej decyzję, pomimo dużego ryzyka porodu naturalnego dla płodu.

34 E. Connor, R. Sperling, R. Gelber, P. Kiselev, G. Scott, M. O'Sullivan, *For the Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment*, „N Engl J Med” nr 331 (1994), s. 1173–1180.

KRZYSZTOF URBAN

DZIECKO W OKRESIE ŻYCIA PRENATALNEGO JAKO PODMIOT MAJĄCY PRAWO PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Wprowadzenie

Stawiając pytanie, od kiedy można mówić, że istota ludzka staje się podmiotem mającym prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych, należy rozważyć kryteria, zgodnie z którymi udzieli się odpowiedzi na to pytanie, i dokonać ich wyboru. Istnieje możliwość przyjęcia kilku rodzajów kryteriów rozstrzygające powyższe zagadnienie. Może być to sam moment zapłodnienia, może być to również moment, w którym dziecko w okresie prenatalnym jest w stanie funkcjonować samodzielnie poza organizmem kobiety ciężarnej, biorąc pod uwagę dzisiejsze granice wiedzy medycznej stwarzającej możliwość przeprowadzenia interwencji medycznej dającej możliwość przeżycia. Jednocześnie granicę może również wyznaczać moment urodzenia żywego dziecka.

W przypadku rozstrzygnięcia, od którego momentu aktualizuje się prawo do świadczeń zdrowotnych, uzasadnione jest jednak przyjęcie innego kryterium, które nie będzie wprost odwoływać się do skonkretyzowanego etapu ciąży. Kryterium tym będzie – rozstrzygany indywidualnie – moment, w którym zachodzi kliniczna możliwość podjęcia decyzji terapeutycznej o diagnostyce, a następnie na podstawie wyników tej diagnostyki interwencji zabiegowej wobec dziecka. To kryterium zostanie przyjęte na potrzeby niniejszej publikacji, co będzie stanowiło podłoże wiodącej tezy, że dziecko w okresie życia prenatalnego staje się podmiotem mającym prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych, od momentu gdy z klinicznego punktu widzenia jego stadium rozwoju stwarza możliwość do podjęcia wobec niego najpierw diagnostyki, a następnie terapii wewnątrzmacicznej. Uprawnione staje się zatem twierdzenie, że granice, w których następuje nabycie prawa do świadczeń zdrowotnych, jest wyznaczone przez postęp wiedzy medycznej, która umożliwia coraz wcześniejsze możliwości wdrażania bezpiecznych i skutecznych procedur medycznych, których adresatem stanie się – co istotne – dziecko w okresie prenatalnym,

a nie kobieta ciężarna. Powyższe oznacza, że wyznacznikiem jest moment, od kiedy dziecko w okresie prenatalnym może stać się samoistnym adresatem świadczenia zdrowotnego. Jednocześnie tytułem wstępu należy poczynić zastrzeżenia odnoszące się do przyjętej w niniejszych rozważaniach nomenklatury, w której zamiennie będzie posługiwanie się pojęciem płodu czy też dziecka w okresie prenatalnym.

Adresat świadczeń zdrowotnych

W pierwszej kolejności należy zdefiniować, kto jest w niniejszych rozważaniach podmiotem prawa do świadczeń zdrowotnych. Warunkiem koniecznym ustalenia, czy dziecku w okresie prenatalnym przysługują prawa pacjenta, a w szczególności prawo do świadczeń zdrowotnych, konieczne staje się udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy dziecko poczęte wpisuje się w ustawową definicję pojęcia „pacjent”. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 3 u.p.p., za pacjenta uważa się osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Rozstrzygając to zagadnienie, konieczne jest ukazanie aspektów: konstytucyjnego, prawnego karnego i wreszcie cywilnego. Biorąc pod uwagę hierarchię źródeł prawa, w pierwszej kolejności należy odnieść się do konstytucyjny wymiaru, prawnej ochrony dziecka poczętego.

W orzeczeniu z dnia 28 maja 1997 r., sygn. K 26/96¹, TK jednoznacznie przesądził, że „podstawowym przepisem, z którego należy wyprowadzać konstytucyjną ochronę życia ludzkiego, jest art. 1 przepisów konstytucyjnych utrzymanych w mocy, w szczególności zaś zasada demokratycznego państwa prawnego. Państwo takie realizuje się bowiem wyłącznie jako wspólnota ludzi, i tylko ludzie mogą być właściwymi podmiotami praw i obowiązków stanowionych w takim państwie. Podstawowym przymiotem człowieka jest jego życie. Pozbawienie życia unicestwia więc równocześnie człowieka, jako podmiot praw i obowiązków. Jeżeli treścią zasady państwa prawa jest zespół podstawowych dyrektyw wyprowadzanych z istoty demokratycznie stanowionego prawa, a gwarantujących minimum jego sprawiedliwości, to pierwszą taką dyrektywą musi być respektowanie w państwie prawa wartości, bez której wykluczona jest wszelka podmiotowość prawna, tj. życia ludzkiego od początków jego powstania. Demokratyczne państwo prawa jako naczelną wartość stawia człowieka i dobra dla niego najcenniejsze. Dobrem takim jest życie, które w demokratycznym państwie prawa musi pozostawać pod ochroną konstytucyjną w każdym stadium jego rozwoju. Wartość konstytucyjnie chronionego dobra prawnego, jakim jest życie ludzkie, w tym życie rozwijające się w fazie prenatalnej, nie

1 OTK 1997 nr 2 poz. 19.

może być różnicowana. Brak jest bowiem dostatecznie precyzyjnych i uzasadnionych kryteriów pozwalających na dokonanie takiego zróżnicowania w zależności od fazy rozwojowej ludzkiego życia. Od momentu powstania życie ludzkie staje się więc wartością chronioną konstytucyjnie. Dotyczy to także fazy prenatalnej”.

W świetle prawa polskiego dziecko poczęte jest podmiotem prawa, a jego ochrona zaczyna się już z chwilą poczęcia. Trybunał Konstytucyjny wyraźnie wskazał, iż życie ludzkie stanowi wartość konstytucyjną od momentu powstania, czyli także w fazie prenatalnej, a status człowieka w polskim porządku prawnym nie może być określany przepisami ustawowymi. W ocenie TK brak jest dostatecznie precyzyjnych i uzasadnionych kryteriów pozwalających na dokonanie różnicowania życia ludzkiego w zależności od jego fazy rozwojowej². Powyższe wskazuje, że konstytucyjny wzorzec niezbywalnej godności ludzkiej zawiera w sobie ochronę życia poczętego.

Przechodząc do aspektu karnego, warto przytoczyć uchwałę SN z dnia 26 października 2006 r., sygn. I KZP 18/06, który stwierdził, iż polskie ustawodawstwo karne chroni życie ludzkie od momentu poczęcia do śmierci. Różne są natomiast intensywność i zakres ochrony życia „człowieka” i życia w fazie prenatalnej, a więc podmiotu określonego w przepisach art. 152, 153 i 157a k.k. jako „dziecko poczęte”. Ochrona prawnokarna dziecka poczętego jest w Polsce konsekwencją traktowania jako zasady zakazu przerywania ciąży. Doznaje ona wyjątków jedynie w granicach sprecyzowanych w ustawie z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach przerywania ciąży³. Na kanwie przepisu art. 160 § 1 k.k. zgodnie z którym kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, SN stwierdził, że przedmiotem ochrony przewidzianej w art. 160 k.k. jest życie i zdrowie człowieka od rozpoczęcia porodu (wystąpienia skurczów macicy, dających postęp porodu), a w wypadku operacyjnego zabiegu cesarskiego cięcia kończącego ciążę – od podjęcia czynności zmierzających do przeprowadzenia tego zabiegu. Powyższe pozwala na konkluzję: dziecko poczęte jest chronione jako człowiek w świetle Kodeksu karnego od momentu porodu. Nie oznacza to, że faza poprzedzająca poród nie podlega ochronie prawa karnego. Zgodnie z art. 15 § 1, kto za zgodą kobiety przerywa jej ciążę z naruszeniem przepisów ustawy, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Typem kwalifikowanym jest popełnienie tego przestępstwa, gdy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej i podlega karze pozbawie-

2 Orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r., sygn. K 26/96 (OTK 1997 nr 2 poz. 19)

3 Dz.U. nr 17 poz. 78.

nia wolności od 6 miesięcy do lat 8. Zgodnie z doktryną: „Przedmiotem ochrony, w wypadku typów czynów zabronionych określonych w art. 152, jest życie dziecka w fazie prenatalnej od momentu poczęcia”⁴.

Na gruncie prawa cywilnego należy przytoczyć za doktryną, że „Dziecko jest niewątpliwie istotą ludzką i przynależą mu prawa ludzkie, ponieważ rozwija się ono »jako człowiek«, a nie w »kierunku człowieka«. W każdym razie, przez cały okres ciąży mamy w przypadku nienarodzonego dziecka do czynienia z odrębnym bytem, z genetycznie zdeterminowaną tożsamością, która jest tym samym unikalna i charakterystyczna oraz z tym bytem nierozzerwalnie związana. (...) Niezależnie od ewentualnej oceny poszczególnych etapów rozwoju prenatalnego, (...) mamy w każdym razie do czynienia z niezbędnymi etapami rozwoju odrębnej istoty”⁵.

Na kanwie powyższej analizy dotyczącej trzech dziedzin prawa dziecko poczęte ma przymiot przyrodzonej godności człowieka i ma podmiotowość prawną, pomimo to jednak w doktrynie funkcjonuje pogląd, że „definicja pacjenta w art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. nie daje jednoznacznej odpowiedzi, kiedy mamy do czynienia z dzieckiem, choć jej wykładnia bliska jest twierdzeniu, iż dziecko nabywa status pacjenta od chwili urodzenia żywego i nie ma znaczenia, w której fazie życia płodowego nastąpiło urodzenie. Natomiast do chwili urodzenia, czyli w okresie połączenia dziecka z organizmem matki, mowa jest o dwóch w jednym, a status pacjenta ma matka”⁶.

Zgodnie z legalną definicją zawartą w art. 2 ust. 1 ustawy o Rzeczniku Praw Dziecka w rozumieniu ustawy dzieckiem jest każda istota ludzka od poczęcia do osiągnięcia pełnoletności. Jest to jednak zbyt szeroka definicja, ponieważ chodzi jedynie o ten przedział czasowy, który z jednej strony wyznacza moment, w którym z medycznego punktu widzenia mówimy o płodzie, czyli od chwili zakończenia się okresu zarodkowego do chwili urodzenia. Ludzki zarodek osiąga stadium płodu w 9 tygodniu ciąży i rozpoczyna okres płodowy⁷, a z drugiej narodziny dziecka.

W ocenie autora, w pojęcie pacjenta wpisuje się istota ludzka w okresie późniejszym niż zapłodnienie, od momentu gdy możliwa staje się interwencja medyczna prowadzona nie wobec kobiety ciężarnej, a wobec pozostającego w jej łonie dziecka, a nie dopiero od momentu porodu. Granica zatem, od której mówimy

4 A. Zoll, W. Wróbel (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Komentarz do art. 117–277 k.k.*, Warszawa 2013.

5 W. Borsiak, L. Bosek, *Granice obowiązku ochrony godności człowieka*, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzem*, red. M. Safjan, Warszawa 2011, s. 367.

6 Por. D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2010r., s. 82.

7 https://pl.wikipedia.org/wiki/P%C5%82%C3%B3d#cite_note-1, dostęp: 8 lipca 2017.

o pacjencie, przesuwając się wcześniej względem momentu porodu, co wyznacza postępowanie medyczne. Taka kwalifikacja pozwala więc na wyprowadzenie wniosku, że dziecko poczęte nabywa prawo do interwencji medycznej, a więc prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych.

Dodatkową okolicznością, niemającą charakteru argumentu prawnego, jednakże o znaczeniu dla niniejszych rozważań, jest fragment omówionego w dalszej części Programu MZ: „Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2014–2017”⁸, w treści którego wskazano, że „powstało wiele metod diagnostyki przedurodzeniowej pozwalających na dokładne, wczesne i zarazem bezpieczne wykrywanie wad rozwojowych płodu. Konieczność specjalnego postępowania w przypadku ich stwierdzenia oraz możliwość ewentualnej interwencji *in utero* stwarza potrzebę zastosowania rozszerzonej diagnostyki. Rozwój i postęp w diagnostyce prenatalnej doprowadziły do powstania nowej dziedziny naukowej – *fetologii*, która rozwinęła się na bazie wielu specjalności i jest ukierunkowana na diagnostykę i leczenie płodu. Wdrożenie idei wewnątrzmacicznej terapii płodu stwarza pojęcie »płodu jako pacjenta« oraz nowy system opieki nad ciężarną i płodem, daje również możliwość korekcji wewnątrzmacicznej i zmniejszenie destrukcyjnych następstw danej wady i choroby płodu”⁹. Dodać należy, że powyższa granica – 9 tygodnia – może zostać jeszcze w większym stopniu rozciągnięta, w sytuacji gdy w ramach prowadzonych rozważań podda się pod rozważenie regulację z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności¹⁰. Zgodnie z art. 4 powyższej ustawy, leczenie niepłodności jest prowadzone z poszanowaniem godności człowieka, prawa do życia prywatnego i rodzinnego, ze szczególnym uwzględnieniem prawnej ochrony życia, zdrowia, dobra i praw dziecka. Zgodnie z art. 5 tej ustawy, leczenie niepłodności obejmuje:

- 1) poradnictwo medyczne;
- 2) diagnozowanie przyczyn niepłodności;
- 3) zachowawcze leczenie farmakologiczne;
- 4) leczenie chirurgiczne;

8 <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/wykaz-programow/program-kompleksowej-diagnostyki-i-terapii-wewnatrzmacicznej-w-profilaktyce-nastpstw-i-powika-wad-rozwojowych-i-chorob-podu-jako-element-poprawy-stanu-zdrowia-podow-i-noworodkow-na-lata-2009-2013>, dostęp: 8 lipca 2017.

9 Program MZ, s. 5

10 Tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 865.

- 5) procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji;
- 6) zabezpieczenie płodności na przyszłość.

Prowadzi to do wniosku, że adresatem interwencji medycznej jest kobieta, a nie dziecko, które staje się celem tych interwencji. Powyższe sprawia, że nie poddaje to modyfikacji powyżej ukształtowanej granicy uprawnień pacjenta, co nie wyklucza, że granica ta nie zostanie – w ramach rozwoju medycyny – przesunięta.

Granice uprawnień

Na wstępie wskazano, że wyznacznikiem uprawnienia jest możliwość przeprowadzenia interwencji medycznej w łonie matki wobec dziecka w okresie prenatalnym. Wyznacznikiem staje się więc coraz szybsza, doskonalsza i – co istotne – powszechna wczesna diagnostyka pozwalająca na kwalifikacje do poszczególnych zabiegów. Jest to zatem rozwój wiedzy medycznej. Odwołując się do pojęcia granic wiedzy medycznej, konieczne staje się zdefiniowanie tego pojęcia. Ma to bowiem o tyle doniosłe znaczenie, że zgodnie z art. 6 ust. 1 u.p.p. pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Na potrzeby prowadzonych rozważań konieczne jest zdefiniowanie sposobu rozumienia EBM jako tożsamej z pojęciem aktualnej wiedzy medycznej, o której stanowi art. 6 ust. 1 u.p.p. Zgodnie z literaturą fachową powyższe unormowanie oznacza, że: „W chwili udzielania świadczenia zdrowotnego pacjent ma prawo do stosowania metod, które odpowiadają aktualnie dostępnej wiedzy medycznej. Przepis ten jednocześnie wyłącza możliwość stosowania metod zdezaktualizowanych, niezgodnych z wiedzą medyczną, czyli negatywnie ocenionych na gruncie nauk medycznych”¹¹. Należy też uwzględnić fakt, że granice tego uprawnienia mogą być wyznaczone przez takie czynniki jak zbyt późną diagnostykę, zaawansowanie zmian lub wadę latalną.

Opisując granice prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych w okresie prenatalnym, nie sposób nie wskazać, że istnieje bardzo istotna granica wynikająca z interakcji z ustawą o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach przerywania ciąży. Ta bardzo swoista granica wynika z prostej zależności, w której główny gwarant realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych dziecka poczętego, czyli matka, jest uprawniona w ściśle określonych przypadkach i fazach ciąży do legalnego wyrażenia woli, które stanie się podstawą do zakończenia ciąży, co w naturalny sposób pozbawia możliwości realizacji prawa dziecka jako pacjenta.

11 D. Karkowska, *Ustawa o prawach...*, dz. cyt., s. 101–102.

W art. 4a ust. 1 u.p.r. wskazano jednoznacznie w zamkniętym katalogu przesłanki umożliwiające dokonanie przerwania ciąży przez określonego w przepisach lekarza i w określonych dla każdej przesłanki stopnia zaawansowania ciąży. Przesłanki te ustawodawca wyraził w następujący sposób: pierwsza przesłanka wskazuje na sytuację, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, w odniesieniu do tej przesłanki ustawa nie wskazuje górnej granicy czasowej po przekroczeniu. Kolejna przesłanka wskazuje na sytuację, w której badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, przerwanie ciąży z tego powodu jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej. Nie jest to zatem granica odwołująca się do parametru tygodnia ciąży. Trzecia przesłanka wskazuje na sytuację, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego i ta ostatnia przesłanka jest zawężona do czasu, gdy od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni.

Na tle powyższej charakterystyki uzasadnione staje się twierdzenie, że dwie pierwsze przesłanki są związane stanem klinicznym: pierwsza ze stanem kobiety ciężarnej, a druga – dziecka poczętego. Warunkiem formalnym przerwania ciąży, oprócz zdefiniowania, że zaistniała przesłanka jest zgodnie z art. 4a ust. 4 u.p.r. wystarczająca do przerwania ciąży, wymagana jest pisemna zgoda kobiety. Powyższe oznacza, że nastąpi kolizja w realizacji uprawnień dwóch pacjentów: matki i dziecka poczętego. Kolizja ta jest rozstrzygnięta przez ustawodawcę na korzyść uprawnień matki w tym sensie, że wyrazicielem woli – zgody zarówno na leczenie dziecka poczętego, jak i przerwania ciąży, jest ta sama osoba i do niej należy wybór, które uprawnienie będzie realizować. Sfera wyboru szczególnie aktualizuje się w przypadku przesłanki drugiej, czyli dużego prawdopodobieństwa ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu. Taka sytuacja otwiera przestrzeń do prowadzenia dalszej diagnostyki i ewentualnej interwencji medycznej wobec dziecka, jednakże jednocześnie ten stan kliniczny może uzasadniać wyrażenie woli przerwania ciąży.

W tym kontekście, nie podejmując oceny w kategoriach, czy jest to dobre, czy złe, należy zatem stwierdzić, że ustawodawca w stopniu większym zapewnia gwarancje uprawnień matki, jest ona bowiem wyrazicielką woli zarówno w odniesieniu do przerwania ciąży, jak i do interwencji medycznej prowadzonej wobec dziecka. Oczywiście wspomniany wybór nie jest kształtowany w sferze swobodnego uznania, tylko musi opierać się na stanowczo zdefiniowanych klinicznie przesłankach. Ciekawą parafrazą powyższej relacji jest myśl autorstwa Janusza Korczaka: „W obawie, by śmierć nie wydarła dziecka, wydzieramy dziecko życiu; nie chcąc, by umarło, nie pozwalamy żyć”.

Opisując granice uprawnień dziecka w fazie prenatalnej, nie sposób nie odnieść się do rozstrzygającego dla realizacji jego praw aspektu wyboru, przed jakim stoją rodzice dziecka ze zdiagnozowaną patologią, w reakcji na którą może istnieć sposobność interwencji klinicznej. Jednakże wybór w zakresie podejmowania tej interwencji niejednokrotnie może wiązać się z ogromnymi dylematami o charakterze etycznym i w tym zakresie bardzo doniosłą rolę odgrywa wyczerpująca informacja o ewentualnym ryzyku proponowanego zabiegu lub innych opcji terapeutycznych, a także opieka psychologa. Przytoczyć tu należy, że: „Dla potrzeb rozważań etycznych, podejmowania decyzji klinicznych i prawnych oraz informowania pacjentów ważne jest dokonanie wyraźnych rozróżnień między: 1. leczeniem przedłużającym życie, gdy istnieje realna szansa wyleczenia lub remisji; 2. leczeniem przedłużającym życie, gdy szansa na wyleczenie lub remisję jest znikoma (uporczywa terapia, eksperyment leczniczy); 3. odstąpieniem od leczenia przedłużającego życie na rzecz opieki paliatywnej, gdy szansa na wyleczenie lub remisję jest znikoma (rezygnacja ze środków nadzwyczajnych, zapewnienie środków zwyczajnych, łagodzenie cierpienia, poprawa jakości życia); 4. eutanazją (działanie z intencją zabicia motywowane współczuciem, rezygnacja ze środków zwyczajnych)”¹².

Sposób finansowania świadczeń zdrowotnych jako element urzeczywistniający realizację uprawnienia

W niektórych obszarach medycyny rzeczywisty dostęp do świadczeń zdrowotnych, z uwagi na ich specjalistyczny charakter, wymogi sprzętowe, wysokie kwalifikacje personelu medycznego, może być postrzegany jako realny wyłącznie w sytuacji, gdy pacjent może oczekiwać finansowania lub współfinansowania przez aparat państwowy w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Powyższe sprowadza się do bariery ekonomicznej, jaka w rzeczywistości wyklucza znakomitą większość pacjentów, którzy mogliby być zakwalifikowani do danej procedury.

W przypadku wszelkich interwencji wewnątrzmacicznych niewątpliwie zasługują one na miano procedur na tyle kosztownych, że bez wsparcia publicznego płatnika świadczeń zdrowotnych byłyby one niedostępne. W polskim systemie ochrony zdrowia mamy dwie formy finansowania tej kategorii świadczeń zdrowotnych, w ramach których publicznym płatnikiem jest zarówno minister właściwy do spraw zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia. Pierwsza forma udzielania świadczeń zdrowotnych wyraża się w programie polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia: „Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element

12 T. Dangel, *Wady letalne u płodów i noworodków. Opieka paliatywna jako alternatywa wobec eugenicznej aborcji, eugenicznego dzieciobójstwa i uporczywej terapii*, Warszawa, s. 13.

poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2014–2017”. Drugą formą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowaną ze środków publicznych są świadczenia udzielane w ramach realizacji umów o udzielania świadczeń zdrowotnych z rodzaju leczenia szpitalnego w ramach położnictwa i ginekologii – trzeci poziom referencyjny. Powyższe prowadzi do wniosku, że obydwaj publiczni płatnicy świadczeń są zatem gwarantami realnego, rzeczywistego standardu dostępności do tych świadczeń. Wymaga to zatem krótkiej charakterystyki obydwu modeli.

Program polityki zdrowotnej

Zgodnie z art. 5 pkt 29a u.ś.o.z. program polityki zdrowotnej to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego. Ponadto ustawodawca wskazał w art. 48 ust. 3 u.ś.o.z., że programy dotyczą w szczególności:

- 1) ważnych zjawisk epidemiologicznych;
- 2) innych niż określone w pkt 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów;
- 3) wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

Program MZ niewątpliwie wypełnia powyższe ustawowe kryteria. W jego treści wskazuje się, że na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat dokonał się ogromny postęp w diagnostyce wad rozwojowych i chorób płodu. Wczesne wykrycie wad i chorób płodu jest ważnym elementem codziennej działalności lekarzy położników i ginekologów. Konieczność specjalnego postępowania w razie ich stwierdzenia oraz możliwość ewentualnej interwencji w łonie matki stwarza potrzebę rozszerzonej diagnostyki¹³. Podłożem Programu MZ był dorobek praktyki klinicznej opartej na dowodach naukowych z zakresu ultrasonografii, położnictwa, neonatologii, genetyki oraz chirurgii dziecięcej. Celami wynikającymi z głównego założenia Programu MZ było stworzenie rozwiązań organizacyjnych i doprowadzenie do wielu przedsięwzięć mających przygotować i odpowiednio wyposażać ośrodki referencyjne oraz sukcesywne opracowywanie i wdrażanie niezbędnych sche-

13 Program MZ, s. 2.

matów postępowania terapeutycznego. Powyższe oznacza, że Program MZ nie jest ostatecznie ukształtowany, a stanowi rozwojowy dokument, którego zakres przedmiotowy, w tym zakres interwencji medycznych zarówno diagnostycznych, jak i zabiegowych, będzie wzrastał symetrycznie do rozwoju wiedzy medycznej. Program MZ dokładnie precyzuje cele: „a) zastosowanie diagnostyki i wewnątrzmacicznej terapii płodu, która stwarza nowy system opieki nad ciężarną i płodem, b) poprawa stanu zdrowia noworodków poprzez zlikwidowanie powikłań okresu noworodkowego”¹⁴.

Oceniając powyższe cele, należy wskazać, że Program MZ jest zorientowany na osiągnięcie określonych efektów i wskazuje mechanizmy, które służą do ich osiągnięcia. Wspomniana orientacja ogniskuje się przede wszystkim na zastosowaniu diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej, która pozwala ograniczyć liczbę powikłań i następstw wad rozwojowych, wpływa na poprawę wewnątrzmacicznego stanu płodu, wydłużenie czasu trwania ciąży oraz na rodzenie się noworodków w lepszym stanie ogólnym. Wspomniana poprawa stanu zdrowia noworodków może być sparametryzowana poprzez zlikwidowanie powikłań okresu noworodkowego i w efekcie **skrócenie czasu pobytu noworodków** na oddziałach intensywnej terapii noworodkowej. Główny akcent Programu MZ został położony na kompleksowość świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach jego realizacji, zarówno diagnostyki, jak i terapii płodu. Wskaźnikiem jakości terapii, do której referuje Program MZ, było zabranie do domu zdrowego dziecka – *home taken baby* (HBT)¹⁵.

Istotne jest podkreślenie, że Program MZ jasno definiuje potrzebę zdrowotną, którą program ten ma realizować, a która wyraża się w ściśle sprecyzowanej populacji pacjentów. W Programie MZ wskazuje się, że: „częstość występowania strukturalnych wad rozwojowych i chorób płodu mieści się w zakresie od 3–4,5/100 przypadków diagnozowanych płodów. Wartość średnia występowania wad u noworodków jest szacowana na około 3,5% przypadków. Przy liczbie około 400 tys. porodów rocznie liczbę nowo rozpoznanych wad rozwojowych można szacować na ponad 14 tys. w ciągu roku. Nie jest to jednak liczba wad, która wymaga terapii wewnątrzmacicznej. W tej grupie znajdują się wady letalne płodu z nieprawidłowym kariotypem, które nie są kwalifikowane do terapii. Poza tym wady kośćca, wady mózgowia, wady serca, wady twarzoczaszki, wady gałek ocznych, atrezji przełyku, dwunastnicy, patologie dłoni i stóp, wady dotyczące liczby palców i paliczków, wady metaboliczne i wady skórne uwarunkowane genetycznie – również nie podlegają

14 Program MZ, s. 2

15 Program MZ, s. 3.

terapii prenatalnej”¹⁶. Powyższe oznacza, że jedną z znamiennych cech Programu MZ jest fakt, że ma on charakter celowany na określone stany kliniczne, w których zgodnie z wiedzą medyczną interwencja może okazać się klinicznie efektywna. Precyzując, jaki model został odmieniony przez wprowadzenie w 2006 r. Programu MZ, należy wskazać, że wcześniej algorytm postępowania sprowadzał się do rozpoznania wady rozwojowej czy choroby płodu i szybkim zakończeniu ciąży, a następnie na objęciu noworodka intensywną opieką neonatologiczną. Powyższy model był o tyle nieefektywny, że skutkował dodatkowym obciążeniem noworodka wcześniactwem.

Wieloletnia i rozwojowa realizacja Program MZ pozwoliła na jednolity, optymalny model postępowania diagnostycznego oraz modyfikację i unowocześnienie wskazań, zasad i technik zabiegów wewnątrzmacicznych. Program MZ wskazuje, że: „Przy współpracy z Polskim Towarzystwem Chirurgów Dziecięcych, Sekcją Terapii Płodu oraz Sekcją Ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego powołano grupę ekspertów, składającą się z autorytetów w dziedzinie położnictwa i ginekologii, chirurgii dziecięcej i kardiologii. Grupa ta opracowała stanowisko w terapii płodu w następujących patologiach:

- 1) TTTS – zespół podkradania w ciąży bliźniaczej (*twin-to-twin transfusion syndrome*, jeden z płodów staje się dawcą części swojej krwi dla drugiego płodu – biorcy) – zastosowanie laseroterapii w likwidowaniu anastomoz naczyńowych pomiędzy dawcą a biorcą w zrębie łożyskowym;
- 2) uropatie zaporowe – zastosowanie shuntu pęcherzowo-owodniowego lub laserowe zabiegi usunięcia zastawki cewki tylnej;
- 3) CALM – zwyrodnienie gruczołowo-torbielowate płuc płodu – usunięcie torbieli płuc płodu z zastosowaniem shuntu odbarczającego;
- 4) NIHF – nieimmunologiczny obrzęk płodu – odbarczanie nieprawidłowych zbiorników płynu, *hydrothorax*, *ascites*, *polihydramnion*;
- 5) choroba hemolityczna płodu – transfuzje uzupełniające;
- 6) wodogłowie – zastosowanie zastawek komorowo-owodniowych;
- 7) przepuklina rdzeniowa – operacja fetoskopowa przepukliny lub na otwartej macicy;
- 8) potworniak u płodu (zmiana guzowa) – operacja na otwartej macicy lub z zastosowaniem fetoskopii i lasera;
- 9) przepuklina przeponowa – operacje fetoskopowe;
- 10) [wytrzewienie – dop. autora]– *gastroschisis* – amniotomizacja wymienna;
- 11) małowodzie/wielowodzie – amniotomizacja/amnioredukcja;

16 Program MZ, s. 4.

- 12) torbiele płodu – jajnika, krezki, nerki – nakłucie jednorazowe bądź założenie shuntu¹⁷.

Program MZ zawiera rozwojowość wynikającą z doświadczeń w jego realizacji, jak również w postępie wiedzy medycznej, co pozwala na przyjęcie takich celów, jak kontynuacja idei wewnątrzmacicznej terapii płodu poprawa stanu zdrowia płodów i noworodków.

Charakteryzując Program MZ, należy również odnieść się do kwestii realnych kosztów, jakich wymaga jego realizacja. Zgodnie z jego opisem oraz ze szczegółowym kosztorysem na rok 2016 na koszty Programu MZ składają się zabiegi wewnątrzmaciczne na płodzie wszelkimi technikami, również z podaniem leków, albumin bądź preparatów krwi do naczyń pępowinowych, a także zakup materiałów medycznych (włókna laserowe, shunty odbarczające, cewniki, elektrody, igły punkcyjne). Ich kwota wyniosła 1 690 000,00 zł¹⁸. Powyższa suma w sposób bezsporny dowodzi wcześniej postawionej tezy wskazującej, że gdyby ten model udzielania świadczeń zdrowotnych nie był finansowany ze środków publicznych, jego dostępność z uwagi na barierę ekonomiczną byłaby iluzoryczna.

Świadczenie gwarantowane w ramach leczenia szpitalnego

Odnosząc się do świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych, należy wskazać, że granicą uprawnień pacjenta rozumianych jako potencjalne prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych, które są finansowane lub współfinansowane przez NFZ, są granice wyznaczone przez zakres świadczeń zdrowotnych wydanych na podstawie art. 31d u.ś.o.z. Zgodnie z powyższym przepisem minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzeń, w poszczególnych zakresach świadczeń wykazy świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem: poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego, mając na uwadze treść rekomendacji oraz uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1 u.ś.o.z. oraz warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁹, który w załączniku nr 3 określającym warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

17 Program MZ s. 16

18 Program MZ, s. 21.

19 Tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 694.

w części I pkt 39 w zakresie świadczeń „Położnictwo i ginekologia – trzeci poziom referencyjny” wskazano, że w ramach tego zakresu świadczeniodawca ma obowiązek zapewnić (oprócz innych wymogów):

- 1) stosowanie standardów postępowania medycznego z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań, oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych;
- 2) w przypadku prenatalnego zdiagnozowania wad rozwojowych płodu – dostępność leczenia wewnątrzmacicznego;
- 3) w przypadku zdiagnozowania ciężkich, nieuleczalnych chorób płodu powstałych w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu – dostępność do opieki nad chorym noworodkiem w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, zgodnie ze wskazaniami medycznymi.

W związku z powyższym świadczeniem gwarantowanym na podstawie art. 146 ust. 1 u.s.o.z. Prezes NFZ określił szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w drodze zarządzenia nr 129/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, w którym wprowadził w załączniku nr 1 następujące procedury medyczne mogące stać się przedmiotem rozliczeń z NFZ:

No8A Terapia wewnątrzmaciczna – 1. kategoria

- 75.3611 Zastosowanie fetoskopowej okluzji tchawicy z użyciem balonu – FETO;
- 75.3612 Zastosowanie techniki fetoskopowo-laserowej do usunięcia zastawki cewki tylnej i założenia cewnika wyprowadzającego pęcherzowo-owodniowego;
- 75.3613 Operacja z zastosowaniem fetoskopii i lasera;
- 75.3614 Walwuloplastyka zastawki aortalnej u płodu;
- 75.3615 Walwuloplastyka zastawki płucnej u płodu;
- 75.3616 Implantacja stentu do przegrody międzyprzedsionkowej u płodu;
- 75.3618 Operacja klasyczna z otwarciem jamy macicy (*open surgery*) bądź z wykorzystaniem fetoskopii, laseroterapii i wszyciu łat teflonowych.

No8B Terapia wewnątrzmaciczna – 2. kategoria

- 75.314 Zastosowanie fetoskopii i laseroterapii w likwidowaniu anastomoz naczyńowych pomiędzy dawcą, a biorcą w zřębie łóżyiskowym;
- 75.315 Zastosowanie fetoskopii, laseroterapii bądź elektrod bipolarnych w likwidowaniu połączeń pępowinowych między zdrowym płodem a acardiakiem;
- 75.316 Fetoskopowe usunięcie balonu okluzyjnego po procedurze FETO – 34 hbd;

- 75.3617 Atriioseptostomia przegrody międzyprzedsionkowej u płodu (bez zastosowania stentu);
- 75.3619 Nakłucie diagnostyczne, ocena prognostyczna i zastosowanie shuntu pęcherzowo-owodniowego;
- 75.3620 Usunięcie torbieli płuc płodu z zastosowaniem shuntu obarczającego;
- 75.3621 Odbarczanie nieprawidłowych zbiorników płynu – *hydrothorax*, *ascites*, *polihydramnion*, i implantacja shuntu płucno-owodniowego i otrzewnowo-owodniowego;
- 75.3622 Zastosowanie zastawek/shuntów komorowo-owodniowych;
- 75.3623 Implantacja shuntu odbarczającego.

Rozliczenie powyższych świadczeń, pod warunkiem że terapia nie została objęta finansowaniem w ramach „Programu kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – na lata 2014–2017” oraz że nie została rozliczana w ramach realizacji umowy w rodzaju Świadczenia Odrębnie Kontraktowane – Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOCII/III). Powyższe zastrzeżenie stanowi prewencje przez dwukrotnym sfinansowaniem ze środków publicznych tej samej procedury.

Podsumowanie

Ochrona prawna człowieka zabezpiecza istotne obszary jego funkcjonowania. Jednym z najwyższych w gradacji aspektów życia jest zapewnienie gwarancji bezpieczeństwa zdrowotnego – rozumianego jako uprawnienie do stania się adresatami interwencji, jeżeli zachodzą ku temu kliniczne wskazania. W przypadku dziecka w okresie prenatalnym jedynym gwarantem wyrażania jego woli (opartej na domniemaniu woli przetrwania na kolejnych etapach rozwoju zwieńczonym urodzeniem) są rodzice dziecka, a w szczególności – matka. Warto w tym miejscu przytoczyć, że zgodnie z art. 97 § 2 k.r.o. o istotnych sprawach dziecka rodzice rozstrzygają wspólnie, co można w drodze analogii odnieść do zapewnienia gwarancji jego praw.

Oczywiście sama wola rodziców nie jest wystarczająca, w pierwszej kolejności bowiem posiadający specjalistyczną wiedzę medyczną personel udzielający świadczeń zdrowotnych musi przekazać pełną informację o możliwej do podjęcia interwencji medycznej, która stanie się podstawą świadomej zgody na tę interwencję. Jednocześnie pamiętać należy o paradoksie, że powyżej zdefiniowany gwarant może również w sposób uprawniony, przy spełnieniu ściśle określonych przesłanek, wyrazić pisemną zgodę na zakończenie ciąży, czym obiektywnie wyklucza możliwość realizacji uprawnienia. Powyższa kolizja uprawnień jest w polskim ustawo-

dawstwie rozstrzygnięta poprzez przyznanie pierwszeństwa kobiecie ciężarnej, jednakże przyjęty w ramach realizacji Programu MZ jego rozwojowy charakter uwidaczniający się w coraz doskonalszej diagnostyce oraz prowadzonych na jej podstawie interwencjach wewnątrzmacicznych stwarza podstawę do wyrażenia nadziei, że dziecko poczęte jako pacjent może stawać się adresatem świadczeń zdrowotnych w coraz liczniejszych zakresach i stanach klinicznych. Istotne są tutaj mechanizmy finansowania tych procedur, które stwarzają podłoże pod realny dostęp do nich. Wzrastająca świadomość tego, że dziecko poczęte jest podmiotem, któremu przysługuje prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych, zarówno w społeczeństwie, jak i wśród profesjonalnego personelu medycznej, stanowi doniosły fakt w realizacji tego prawa.

JANUSZ ROSZKIEWICZ

KILKA UWAG O NIENARODZONEJ ISTOCIE LUDZKIEJ W PRAWIE MEDYCZNYM

Ze statusem dziecka poczętego w prawie medycznym wiążą się dwa zasadnicze problemy, którym chciałbym poświęcić uwagę. Pierwszy z nich dotyczy dopuszczalności uznania w określonych okolicznościach *nasciturusa*¹ za pacjenta i w konsekwencji przypisania mu praw wynikających z przepisów prawa medycznego. Drugi problem wiąże się natomiast z pytaniem, czy lekarz ma określone prawem obowiązki wobec nienarodzonej istoty ludzkiej, za których realizację ponosiłby on odpowiedzialność cywilną, karną i zawodową.

POJĘCIE PACJENTA

Słowo „pacjent” wywodzi się z łacińskiego *patiens*, które z kolei pochodzi od *pati* oznaczającego pasję, tj. cierpienie, w sztuce najczęściej utożsamiane z męką Chrystusa². W potocznym rozumieniu pacjent jest to więc chory znajdujący się pod opieką lekarza lub zgłaszający się do niego³. Ta definicja wydaje się zbyt wąska, ponieważ nie obejmuje wielu przypadków osób zdrowych, którzy w różnych okolicznościach poddają się badaniom lub interwencjom medycznym. Przykładami takich osób są ludzie odbywający badania profilaktyczne, dawcy krwi, a także dawcy narządów.

Bardziej adekwatna do praktyki medycznej jest definicja zawarta w Deklaracji Promocji Praw Pacjenta przyjętej na konferencji Światowej Organizacji Zdrowia w 1994 r., zgodnie z którą pacjent jest osobą korzystającą z usług medycznych, niezależnie od tego, czy jest chora, czy zdrowa⁴.

1 Przez *nasciturusa* rozumiem nienarodzoną istotę ludzką w każdej fazie rozwoju, a więc zarówno embrion (od zapłodnienia do 8. tygodnia), jak i płód (od 9. tygodnia do porodu).

2 <http://www.slovník-online.pl/kopalinski/54A4BD5F44FA21D2C125657B006747E6.php>, dostęp: 2 czerwca 2017.

3 <http://www.slovník-online.pl/kopalinski/54A4BD5F44FA21D2C125657B006747E6.php>, dostęp: 2 czerwca 2017.

4 *User(s) of health care services, whether healthy or sick – zob. Principles of the rights of patients in Europe*, [w:] *A Declaration on the Promotion of Patient's*

W podobnym kierunku poszło polskie prawo – zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. pacjent jest osobą zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. W przepisie brak jest frazy wprost wskazującej, że pacjentem może być osoba zarówno chora, jak i zdrowa. To jednak nie oznacza zawężenia definicji do osób chorych. Z art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. wynikają następujące kryteria przypisania do statusu pacjenta:

- 1) bycie osobą;
- 2) zwrócenie się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystanie ze świadczeń zdrowotnych;
- 3) wejście w relację z podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych, lekarzem lub osobą wykonującą inny zawód medyczny. Prawa związane ze statusem pacjenta.

Główną konsekwencją przypisania danej osobie statusu pacjenta jest uznanie praw, które przysługują pacjentowi na mocy Konstytucji RP i ustaw, a zwłaszcza ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza⁵, ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁶, ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży⁷, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁸ oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹. W dniu 6 listopada 2008 r. ustawodawca zwykły zdecydował się na kompleksowe uregulowanie tej materii i uchwalił ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁰.

Podobnie jak w przypadku praw człowieka katalog praw pacjenta ma charakter otwarty¹¹. Do podstawowych praw pacjenta należą w szczególności:

- 1) prawo do życia (art. 38 Konstytucji RP);
- 2) prawo do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP);

Rights in Europe. European consultation on the rights of patients, Amsterdam, 28–30 March 1994.

5 Dz.U. 2017 poz. 125 z późn. zm.

6 Dz.U. 2017 poz. 882.

7 Dz.U. 1993 nr 17 poz. 78 z późn. zm.

8 Dz.U. 2016 poz. 1638 z późn. zm.

9 Dz.U. 2016 poz. 1793 z późn. zm.

10 Dz.U. 2016 poz. 186 z późn. zm.

11 Zob. szerzej o prawach pacjenta D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009.

- 3) prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadającym wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 15 ust. 1 u.ś.o.z. i art. 6 ust. 1 u.p.p.);
- 4) prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia pacjenta (art. 7 ust. 1 u.p.p.);
- 5) prawo do intymności i poszanowania godności osobistej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1 u.p.p.);
- 6) prawo do umierania w spokoju i godności (art. 20 ust. 2 u.p.p.);
- 7) prawo do leczenia bólu (art. 20a ust. 1 u.p.p.);
- 8) prawo do uzyskania przystępnej informacji od lekarza o: swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia, rokowaniu (art. 9 ust. 1 i 2 u.p.p.);
- 9) prawo do wyrażania zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu od lekarza odpowiedniej informacji (rozdział 5 u.p.p.);
- 10) prawo do wyrażenia w formie pisemnej zgody na zabieg operacyjny albo na zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta (rozdział 5 u.p.p.);
- 11) prawo do wyrażenia w formie pisemnej zgody (a w przypadku niemożności wyrażenia zgody w powyższej formie, za równoważne uważa się wyrażenie zgody ustnie złożonej w obecności dwóch świadków) na uczestnictwo w eksperymencie medycznym po uprzednim uzyskaniu informacji (rozdział 5 u.p.p.);
- 12) prawo do wyrażenia dobrowolnie świadomej zgody w formie pisemnej na uczestnictwo w badaniu klinicznym (rozdział 5 u.p.p.);
- 13) prawo do wyrażenia sprzeciwu na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów oraz cofnięcia tego sprzeciwu w każdym czasie;
- 14) prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej (art. 34 u.p.p.);
- 15) prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz w zakładach opieki zdrowotnej (art. 33 ust. 1 u.p.p.);
- 16) prawo do opieki duszpasterskiej w zakładach opieki zdrowotnej (art. 36–38 u.p.p.);
- 17) prawo do wypisania ze szpitala, gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu bądź na własne (art. 29 ust. 1 pkt 2 u.d.l.);
- 18) prawo do wyrażenia osobiście lub przez przedstawiciela ustawowego sprzeciwu na wykonanie sekcji zwłok w zakładach opieki zdrowotnej (art. 31 ust. 2 u.d.l.);
- 19) prawo do dostępu do dokumentacji medycznej na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej (art. 23 ust. 1 i art. 26 ust. 1 u.d.l.);

- 20) prawo do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych przez personel medyczny (art. 14 u.p.p.);
- 21) prawo do przechowywania wartościowych rzeczy w depozycie zakładów opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych (art. 39 u.p.p.);
- 22) prawo do otrzymania od farmaceuty w przypadku nagłego zagrożenia zdrowia lub życia bez recepty lekarskiej produktu leczniczego zastrzeżonego do wydawania na receptę w najmniejszym terapeutycznym opakowaniu z wyłączeniem środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów grupy I-R (art. 96 ust. 3 ustawy – Prawo farmaceutyczne¹²);
- 23) prawo do dostępu do informacji o prawach pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej (art. 11 ust. 1 u.p.p.);
- 24) prawo do żądania drugiej opinii lekarskiej (art. 6 u.p.p.);
- 25) prawo do wyboru szpitala (art. 30 u.ś.o.z.).

Prawa pacjenta w znacznym stopniu pokrywają się z prawami każdego człowieka, takimi jak prawo do życia, prawo do ochrony zdrowia, prawo do prywatności, prawo do poszanowania godności i integralności osobistej. W tym kontekście nietrafione są próby rozszerzania kategorii pacjenta na osoby, które nie spełniają kryteriów definicyjnych określonych w ustawie o prawach pacjenta, np. na podejrzanych w postępowaniu karnym.

Ze statusem pacjenta w sposób nierozzerwalny łączą się prawa pacjenta, które w większości stanowią dodatkowe gwarancje w stosunku do praw i wolności konstytucyjnych, np. niewymienione w Konstytucji RP prawo wglądu do dokumentacji medycznej albo prawo do leczenia bólu. Pacjenta chronią więc nie tylko gwarancje konstytucyjne przysługujące każdemu człowiekowi (takie jak prawo do ochrony zdrowia czy prawo do życia), lecz także gwarancje ustawowe. Dlatego można powiedzieć, że pojęcie pacjenta jest kategorią prawną, która służy urzeczywistnianiu zasady godności ludzkiej w prawie medycznym. Innymi słowy, pacjent nigdy nie może być przedmiotem badań i interwencji medycznych, lecz musi być zawsze wobec nich podmiotem. Ta złota reguła prawa medycznego nakazuje bezwzględny szacunek dla osoby ludzkiej, niezależnie od etapu jej rozwoju, wieku czy stanu psychicznego.

To oczywiście nie oznacza, że każdemu pacjentowi przysługują takie same prawa. Zakres praw pacjenta jest uzależniony właśnie od takich cech, jak wiek czy stan psychiczny, natomiast nienaruszalną istotę tych praw stanowi właśnie godność,

12 Dz.U. 2016 poz. 2142 z późn. zm.

która zawsze musi być poszanowana, nawet w sytuacjach gdy pacjent jest niezdolny do korzystania z niektórych przysługujących mu praw.

Status *nasciturusa* w prawie medycznym

Obecny stan technologii medycznej umożliwia przeprowadzanie badań oraz podejmowanie interwencji medycznej także na nienarodzonych istotach ludzkich. Zarówno embrion we wczesnej fazie rozwoju, jak i płód mogą zostać poddane diagnostyce prenatalnej pozwalającej zidentyfikować ich schorzenia. Możliwe jest też dokonywanie bezpośrednich ingerencji w ciele dziecka poczętego np. biopsji jednego z narządów. Czy to jednak oznacza, że *nasciturus* jest pacjentem w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p.?

Definicja zawarta w ustawie o prawach pacjenta nie jest pod tym względem jednoznaczna, dlatego konieczne jest jej odczytanie w kontekście całego systemu prawnego – prawa konstytucyjnego, cywilnego, karnego i wreszcie medycznego.

Nie ulega wątpliwości, że w polskim porządku prawnym poczęte życie ludzkie stanowi samoistne dobro, które podlega ochronie prawnej. Takie stanowisko zajął nie tylko Trybunał Konstytucyjny w słynnym orzeczeniu z 28 maja 1997 r.¹³, ale nawet L. Garlicki, który – choć nie podzielił poglądu większości składu orzekającego o niekonstytucyjności ustawy dopuszczającej aborcję na żądanie – przyznał w zdaniu odrębnym, że „obiektywny system wartości wynikający z całokształtu norm i zasad konstytucyjnych nakazuje traktowanie życia poczętego jako samoistnego dobra prawnego, któremu przysługuje konstytucyjna ochrona”¹⁴.

W pierwszej kolejności należy więc podkreślić, że w świetle Konstytucji RP życie *nasciturusa* stanowi wartość konstytucyjną. Taką interpretację potwierdzają rozwiązania przyjęte w prawie cywilnym, które byłyby pozbawione sensu, gdyby ustawodawca zwykły nie uznawał życia ludzkiego w fazie prenatalnej za dobro wymagające pewnej, choćby minimalnej, ochrony. Przepisy prawa cywilnego, nawiązując do tradycyjnej koncepcji ochrony interesów majątkowych dziecka poczętego, zapewniają mu „częstkową” podmiotowość prawną w myśl zasady *nasciturus pro iam nato habetur, quotiens de commodis eius agitur*.

Kodeks cywilny zapewnia nienarodzonemu ekspektatywę prawa do odszkodowania za szkody doznane w czasie życia płodowego (art 446 z indeksem 1 po

13 Sygn. K 26/96.

14 Zob. orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r., sygn. K 26/96 ze zdaniem odrębnym L. Garlickiego, akapit 226.

6 k.c.)¹⁵ oraz prawa do dziedziczenia (art. 927 § 2 k.c.)¹⁶, która ziszcza się z chwilą urodzenia. Wymienione przepisy nie przesądzają, czy dziecko przed urodzeniem posiada zdolność prawną i czy w konsekwencji jest podmiotem prawa¹⁷, ale stanowią argument za rozszerzającą wykładnią pojęcia pacjenta.

Kodeks rodzinny i opiekuńczy przewiduje możliwość ustanowienia kuratora dla ochrony praw dziecka poczętego, zarówno przyszłych, jak i tych przysługujących mu w okresie prenatalnym, w tym prawa do życia (art. 182 k.r.o.)¹⁸.

Z kolei Kodeks karny chroni życie poczęte przez penalizację przerwania ciąży (art. 152, 153, 157a k.k.)¹⁹ z zastrzeżeniem ustawowo określonych wyjątków (art. 4a ust. 1 u.p.r.).

Mając na uwadze powyższe regulacje, trudna do przyjęcia byłaby teza, że racjonalny ustawodawca chroni prawa lub interesy *nasciturusa* w obrębie prawa konstytucyjnego, cywilnego i karnego, natomiast odmawia tej ochrony w dziedzinie prawa medycznego. Dlatego też „za pacjenta winno być uznane także dziecko nienarodzone, którego podmiotowość jest w prawie cywilnym ukształtowana warunkowo, ale które niezależnie od kwestii przypisania mu zdolności prawnej uzyskuje ograniczoną ochronę na gruncie prawa medycznego. Wobec powyższego, zastosowane w definicji ustawowej pacjenta pojęcie »osoba korzystająca ze świadczeń leczniczych« obejmuje każdą istotę ludzką, na rzecz której świadczenie jest spełniane, w tym także dziecko przed urodzeniem, niezależnie od tego czy do jego poczęcia doszło metodą naturalną czy też metodą zapłodnienia *in vitro*”²⁰. Jeśli więc *nasciturus* spełnia kryteria określone w ustawie o prawach pacjenta, tj. korzysta z badań lub innych świadczeń zdrowotnych, to nie ma podstaw, aby odmawiać mu statusu

15 W piśmiennictwie prezentowany jest pogląd, zgodnie z którym na podstawie komentowanego przepisu można dokonać rekonstrukcji normy prawnej zakazującej wyrządzania dziecku szkód przed urodzeniem (J. Haberkro, Art. 446¹, [w:] *Kodeks cywilny. Tom I. Komentarz. Art. 1–449¹*, red. M. Gutowski, Warszawa, s. 1865 i przywołana tam literatura. Odmienne P. Sobolewski, Art. 446¹, [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. K. Osajda, Legalis 2017, teza 8.

16 Zob. W. Borysiak, Art. 927, [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. K. Osajda, Legalis 2017, tezy 14–19.

17 A. Cisek, W. Dubis, Art. 446¹, [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. E. Gniewek, P. Machnikowski, Legalis 2016, teza 1.

18 H. Haak, Art. 148, [w:] H. Haak, A. Haak-Trzuskawka, *Opieka i kuratela. Komentarz do art. 145–184 KRO oraz związanych z nimi regulacji KPC (art. 516, 518, 520, 573–574, 590–598, 599–602, 604–605)*, Warszawa 2017, teza 3.

19 Zob. zwłaszcza komentarz M. Królikowskiego do art. 152: M. Królikowski, R. Zawłocki, *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do artykułów 117–221. Tom I*, Warszawa 2017.

20 Z. Banaszczyk, *Właściwość i elementy prywatnego stosunku prawa medycznego – założenia ogólne i metodologiczne*, „Studia Prawa Prywatnego” nr 1 (2015), s. 34.

pacjenta²¹. Z metodologicznego punktu widzenia nie ma więc potrzeby wyodrębniania pojęcia „pacjenta poczętego”, ponieważ *nasciturus* jest już w obecnym stanie prawnym pacjentem.

W tym miejscu można wyrazić wątpliwość, czy nienarodzona istota ludzka może „korzystać” ze świadczeń zdrowotnych – wydaje się, że brak świadomości dziecka poczętego przy „korzystaniu” z usług medycznych nie ma w tym przypadku znaczenia, ponieważ małoletnie, narodzone dzieci również nie korzystają z tych usług świadomie, a nikt nie ma wątpliwości, że są one pacjentami. Takie znaczenie art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. nie wynika jednak z wykładni literalnej, lecz konieczne było odwołanie się do wykładni systemowej. Dlatego uważam, że *de lege ferenda* definicja legalna pacjenta powinna zostać zmodyfikowana.

Konsekwencją zakwalifikowania *nasciturusa* jako pacjenta jest uznanie przysługujących mu praw. To oczywiście nie oznacza, że pacjentowi przed urodzeniem przysługują takie same prawa, jak pacjentowi już narodzonemu. Dziecku poczętemu przysługują tylko takie prawa, z których może on obiektywnie skorzystać, a więc przede wszystkim: prawo do życia, prawo do ochrony zdrowia, prawo do poszanowania godności, prawo do leczenia bólu, a nawet w pewnym zakresie prawo do prywatności (o czym więcej poniżej). Dziecku poczętemu nie przysługują natomiast takie prawa, jak prawo do wyrażenia zgody na zabieg leczniczy czy prawo do swobody wyboru lekarza, ponieważ z oczywistych względów na tym etapie rozwoju nie jest ono w stanie podejmować tego rodzaju decyzji.

W związku z powyższym nie do przyjęcia jest teza, że dziecku poczętemu przysługują co najwyżej „interesy”, które z zasady są podporządkowane interesom matki. Taki pogląd zdaje się wynikać z orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu, który konsekwentnie unika uznania *nasciturusa* za podmiot prawa w jakimkolwiek sensie, ograniczając się jedynie do przyznania, że co najwyżej „można mówić o zgodności państw co do tego, że embrion/płód przynależy do rodzaju ludzkiego”, a potencjał tej istoty i jej „zdolność do stania się osobą” z pewnością „wymaga ochrony w imię godności ludzkiej, co nie czyni jej jednak »osobą« mającą »prawo do życia« w rozumieniu artykułu 2”²². Uważam, że dziecku poczętemu przysługują określone prawa na równi z prawami matki. Wszelkie konflikty między prawami *nasciturusa* a prawami jego matki należy rozstrzygać

21 Za uznaniem dziecka poczętego opowiada się również m.in. J. Ciszewski, *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002, s. 13 i n.

22 Wyrok ETPC z 8 lipca 2004 r. w sprawie *Vo przeciwko Francji*, §84. Zob. też I. C. Kamiński, *Glosa do wyroku ETPC z dnia 20 marca 2007 r.*, 5410/03, „Europejski Przegląd Sądowy” nr 4 (2008), s. 41–46.

w oparciu o zasadę proporcjonalności, a więc oceniając konieczność, adekwatność i proporcjonalność *sensu stricto* każdego ograniczenia prawa nienarodzonego.

Szczegółowe omówienie wszystkich praw pacjenta, jakie mogą przysługiwać *nasciturusowi*, wykraczają poza ramy niniejszego artykułu i wymagają szerszego opracowania. Dlatego też ograniczę się jedynie do omówienia wybranych praw, które moim zdaniem ze swej istoty mogą przysługiwać również nienarodzonej istocie ludzkiej występującej w roli pacjenta. Celowo nie odnoszę się szczegółowo do kwestii prawa nienarodzonego do życia, ponieważ jest to temat na odrębny tekst naukowy.

Prawo *nascitursora* do poszanowania godności

Na prawo do poszanowania godności składa się wiele elementów, a w szczególności: nakaz traktowania człowieka jako cel samo w sobie połączony z zakazem traktowania człowieka jako środka do celu²³, a także prawo do życzliwego, wyrozumiałego i cierpliwego traktowania²⁴, prawo do zachowywania dystansu w relacjach lekarz – pacjent poprzez grzecznościowe zwracanie się przez lekarza do pacjenta²⁵, prawo do znieczulenia na żądanie²⁶. Z punktu widzenia statusu *nascitursora* znaczenie ma właściwie tylko pierwszy element tego prawa.

Kwestia tego, czy nienarodzonej istocie ludzkiej przysługuje jakakolwiek ochrona w ramach zasady godności ludzkiej, wydaje się nie budzić wątpliwości. W orzecznictwie i literaturze istnieje rozbieżność co do prawa *nascitursora* do życia, ale raczej nie kwestionuje się, że przysługuje mu przymiot godności ludzkiej – przyznaje to nawet nader powściągliwy w tej materii Trybunał w Strasburgu, w przywołanej powyżej sprawie *Vo przeciwko Francji*²⁷.

Zgodnie z art. 1 Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny²⁸ Państwa-Strony chronią godność i tożsamość istoty ludzkiej, czego przejawem jest m.in. wyrażony w art. 18 ust. 2

23 „Człowiek nie może być nigdy środkiem do jakiegoś celu, lecz zawsze musi być celem samym w sobie” – zob. Immanuel Kant, cyt. za: P. Vardy, P. Grosch, *Etyka*, Poznań 1995, s. 64–65.

24 Zob. art. 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

25 D. Karkowska, Art. 20, [w:] D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, LEX 2016, teza 3.

26 M. Boratyńska, *Znieczulenie na życzenie pacjenta*, „Prawo i Medycyna”, nr 8 (2000).

27 Zob. jednak P. Singer, *Speciesism and Moral Status*, „Metaphilosophy” vol. 40, nos. 3–4 (July 2009), s. 567–581. Autor kwestionuje samą koncepcję godności ludzkiej jako cechy decydującej o szczególnym statusie człowieka na tle innych istot żywych oraz nakazującej traktowanie człowieka jako pierwszorzędnego celu. Jednocześnie stoi na stanowisku, że nie można mówić o godności, jeśli istota ludzka nie ma jeszcze rozwiniętej samoświadomości, dlatego nie uznaje on za człowieka ani *nascitursora*, ani niemowlęcia [sic].

28 Przyjęta przez Komitet Ministrów 19 listopada 1996 r. w Oviedo.

zakaz tworzenia embrionów ludzkich do celów naukowych. Z drugiej jednak strony w Konwencji z Oviedo świadomie rozróżniono pomiędzy istotą ludzką a osobą – co prawda nie zdefiniowano tych pojęć, ale w świetle oficjalnego sprawozdania wyjaśniającego „istota ludzka” jest pojęciem szerszym i obejmuje zarówno człowieka narodzonego, jak i nienarodzonego, natomiast „osoba” oznacza wyłącznie człowieka narodzonego²⁹. W oparciu o to rozróżnienie wprowadzono podwójne standardy ochrony człowieka – istota ludzka ma prawo do poszanowania jej godności na mocy art. 1 Konwencji *in principio*, natomiast nie przysługuje jej prawo do poszanowania integralności (w tym, jak się wydaje, prawa do życia), które zagwarantowano jedynie osobie w art. 1 Konwencji *in fine*. To dość misterne rozwiązanie tłumaczono chęcią upowszechnienia wśród możliwie największej liczby państw minimalnych standardów w dziedzinie biomedycyny³⁰. Należy docenić intencje autorów Konwencji, natomiast nie można nie zauważyć, że oddzielenie przymiotu godności ludzkiej od prawa do integralności jest zabiegiem co najmniej niezręcznym, zważywszy na to, że godność ludzka jest źródłem wszelkich praw człowieka. Warto jednak pamiętać, że Polska nie ratyfikowała tej Konwencji³¹, przez co nie stanowi ona źródła polskiego prawa i może być traktowana co najwyżej jako wskazówka interpretacyjna przy wykładni przepisów Konstytucji RP i ustaw dotyczących pacjenta.

W tym kontekście powstaje pytanie o zakres godności ludzkiej w polskim porządku prawnym. Jak zostało to już wyżej wspomniane, w orzecznictwie strasburskim opartym na obowiązującej w Polsce Europejskiej Konwencji Praw Człowieka³² sygnalizowano już możliwość przypisania *nasciturusowi* przymiotu godności ludzkiej. W prawie konstytucyjnym – o czym też była już mowa – panuje generalna zgodność co do godności *nasciturusa*, choć oczywiście kontrowersje wzbudza kwestia jego prawa do życia oraz dopuszczalności aborcji³³. Szczegółowe rozważanie tej

29 *Explanatory Report to the Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*, Oviedo, 4.IV.1997, pkt 18–19.

30 Tak np. J. Mazurkiewicz, *Badania na embrionach in vitro*, [w:] *Temida w dobie rewolucji biotechnologicznej*, red. O. Nawrot, A. Wnukiewicz-Kozłowska, LEX 2015.

31 Rząd RP podpisał ją 7 maja 1999 r.

32 Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. 1993 nr 61 poz. 284).

33 Zob. np. opinie w sprawie projektu ustawy dopuszczającej aborcję na życzenie: A. Bałaban, *Opinia w sprawie zgodności z Konstytucją projektu ustawy o świadomym rodzicielstwie* (nr 1), „Przegląd Sejmowy” nr 6 (2004), s. 114. Podobnie M. Masternak-Kubiak, *Opinia w sprawie zgodności z Konstytucją projektu ustawy o świadomym rodzicielstwie*, „Przegląd Sejmowy” nr 3 (2004), s. 120–121; T. Jasudowicz, *Opinia w sprawie zgodności z Konstytucją projektu ustawy o świadomym rodzicielstwie*, „Przegląd Sejmowy” nr 4 (2004), s. 127; M. Granat, *Opinia w sprawie zgodności z Konstytucją projektu ustawy o świadomym rodzicielstwie* (nr 6); R. Pio-

problematyki nie jest przedmiotem niniejszego artykułu, który odnosi się przede wszystkim do statusu *nasciturusa* jako pacjenta.

Problem godności dziecka poczętego występującego w roli pacjenta pojawia się np. przy okazji eksperymentu naukowego – badawczego lub leczniczego. W obecnym stanie prawnym zasadniczo bezdyskusyjne jest, że embrion lub płód nie może być przedmiotem eksperymentów badawczych. Zgodnie z art. 39 Konstytucji RP nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody. Konstrukcja tego przepisu polega na warunkowym zakazie, który dezaktualizuje się w przypadku spełnienia warunku w postaci zgody pacjenta. Jeśli więc pacjent zgody wyrazić nie jest w stanie, jak to jest w przypadku nienarodzonej istoty ludzkiej, to należy przyjąć, że przeprowadzanie na nim eksperymentów **badawczych** jest absolutnie niedopuszczalne. Dopuszczalne natomiast jest przeprowadzenie eksperymentu **leczniczego** bez zgody pacjenta, jeśli niosłoby to za sobą duże szanse osiągnięcia zamierzonego skutku terapeutycznego³⁴. W literaturze prawa konstytucyjnego wyrażono nawet pogląd, że „że standard dopuszczania działalności eksperymentalnej z udziałem dzieci nienarodzonych powinien być znacznie bardziej zaostrzony, z uwagi na ich szczególny status uniemożliwiający uzewnętrznienie swojej autonomii”³⁵. Zakaz eksperymentów badawczych na *nasciturusie* został potwierdzony w art. 27 ust. 3 u.z.l. W eksperymencie leczniczym dziecko poczęte może uczestniczyć pod warunkiem przeprowadzenia szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla niego oraz matki (art. 27 ust. 2 u.z.l.).

Można więc powiedzieć, że polskie przepisy w tym zakresie wykraczają poza minimalny standard przyjęty w Konwencji z Oviedo.

Prawo *nasciturusa* do ochrony zdrowia

Zgodnie z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Prawo do ochrony zdrowia jest to z jednej strony prawo socjalne³⁶, z którym wiąże się obowiązek ustawodawcy zagwarantowania każdemu dostępu do służby zdrowia³⁷.

trowski, *Opinia w sprawie zgodności z Konstytucją projektu ustawy o świadomym rodzicielstwie*, „Przegląd Sejmowy” nr 8 (2004); A. Sznyt, *Opinia w sprawie zgodności z Konstytucją projektu ustawy o świadomym rodzicielstwie*, „Przegląd Sejmowy” nr 3 (2004), s. 158–159. Odmienne W. Lang, *Opinia w sprawie zgodności z Konstytucją projektu ustawy o świadomym rodzicielstwie*, s. 115–118.

34 *Wolności i prawa człowieka*, red. M. Chmaj, Warszawa 2006, s. 122.

35 M. Królikowski, K. Szczucki, Art. 39, [w:] *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Legalis 2016, akapit 41.

36 Wynika to wprost z usytuowania tego prawa w dziale poświęconym prawom ekonomicznym, socjalnym i kulturalnym.

37 Choć teoretycznie można by sobie wyobrazić zagwarantowanie przez państwo obywatelom ochrony zdrowia poprzez sfinansowanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

W Polsce ten obowiązek jest realizowany poprzez powszechny system ubezpieczeń zdrowotnych, na którym opiera się państwowa służba zdrowia. Z drugiej strony jest to prawo ściśle powiązane z prawami osobistymi, jakimi są prawo do poszanowania godności człowieka (art. 30 Konstytucji RP) oraz prawem do życia (art. 38 Konstytucji RP). Jak trafnie zauważył Trybunał Konstytucyjny, prawo do ochrony zdrowia „to przede wszystkim prawo do zachowania życia i jego obrony, gdy jest zagrożone”³⁸. Dlatego też prawo to przysługuje każdemu niezależnie od tego, czy jest ubezpieczony, czy nie.

Wydaje się, że dziecku poczętemu przysługuje tak rozumiane prawo do ochrony zdrowia. Na poparcie tej tezy w literaturze odwoływano się do brzmienia art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, w którym posłużono się określeniem „każdy”, co uznano za szersze treściowo określenie niż pojęcie „człowiek” z art. 38 Konstytucji RP³⁹.

Zgodnie z orzecznictwem TK ustawodawca powinien ustanowić przepisy dookreślające treść prawa do ochrony zdrowia, co łączy się z koniecznością określenia warunków i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych⁴⁰. Ustawodawca zwykły zrealizował ten obowiązek m.in. poprzez wydanie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepisy te określają m.in. zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnych udzielanych w nagłych przypadkach (art. 19 u.ś.o.z.), ale dotyczą one jedynie osób narodzonych, co *implicite* wynika z definicji świadczeniobiorcy, któremu przysługują świadczenia (art. 2 ust. 1 u.ś.o.z.). Obecnie dzieci nienarodzone korzystają więc z ochrony zdrowia w takim zakresie, w jakim korzysta z niej matka.

Nie można jednak wykluczyć sytuacji, w której matka będzie zdrowa, a jej nienarodzone dziecko – chore. Wówczas – ściśle rzecz biorąc – matka nie będzie potrzebowała świadczeń zdrowotnych, tylko jej dziecko. Tak może być w przypadku wystąpienia u dziecka nienarodzonego rozszczepu kręgosłupa (*spina bifida cystica*) powodującego nieprawidłowe zwięźczenie kanału kręgowego, które prowadzi m.in. do przepukliny. W Stanach Zjednoczonych już w fazie prenatalnej przeprowadza się operacje naprawy wad cewy nerwowej takich jak właśnie *spina bifida*. Z biegiem czasu te i inne nowatorskie techniki medyczne pozwalające na leczenie dziecka jeszcze przed jego narodzeniem mogą dotrzeć do Polski, dlatego przepisy prawne powinny być na to przygotowane. *De lege ferenda* ustawodawca zwykły powinien więc doprecyzować reguły udzielenia i finansowania świadczeń wobec nienarodzonych pacjentów.

38 Wyrok TK z dnia 24 marca 1999 r., sygn. K 2/98.

39 R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2014, s. 9–11.

40 Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. K 14/03. Zob. też wyrok TK z dnia 28 lutego 2005 r., sygn. P 7/03.

Prawo *nasciturusa* do prywatności

Prawo do ochrony prywatności jest nie tylko prawem pacjenta, lecz także prawem każdego człowieka zagwarantowanym m.in. w art. 47 Konstytucji RP oraz art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. W dotychczasowym orzecznictwie strasburskim prawo do prywatności odnoszono przede wszystkim do sytuacji matki, wiążąc z nim prawo dostępu do legalnej aborcji⁴¹. W polskim orzecznictwie konstytucyjnym obowiązuje pogląd, że nie ma podstaw do formułowania „prawa do nieurodzenia dziecka”⁴².

Jednym z elementów prawa do prywatności jest prawo do zachowania w tajemnicy informacji na temat stanu zdrowia. W moim przekonaniu rozwój medycyny wymaga postawienia pytania o zasady gromadzenia informacji zawartych w genomie nienarodzonej istoty ludzkiej. W genomie *nasciturusa* zawarte są informacje dotyczące szczegółów jego dalszego rozwoju, w tym płci, rasy, wagi, wzrostu, potencjalnych chorób, a w pewnym stopniu nawet poziomu inteligencji⁴³. Obecnie obowiązujące przepisy prawa są zbyt ogólne w określaniu granic w gromadzeniu tego rodzaju informacji przez lekarzy czy inne podmioty – zgodnie z art. 14 ust. 1 u.p.p. osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta. Z przepisu tego nie wynika, czy – i jeśli tak, to w jakim zakresie – lekarz jest zobowiązany zachować w tajemnicy informacje dotyczące *nasciturusa* pozyskane w drodze badań prenatalnych. Wydaje się, że dopiero prokonstytucyjna wykładnia tego przepisu mogłaby doprowadzić do takiego rezultatu. Z art. 47 Konstytucji RP można wyprowadzić nakaz zachowania w tajemnicy tak wrażliwych danych. Jeśli bowiem – jak stwierdził Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 19 maja 1998 r.⁴⁴ – do sfery życia prywatnego jednostki należy informacja o stanie zdrowia (rodzaju schorzenia), podana w zaświadczeniu lekarskim w postaci numeru statystycznego choroby, to tym bardziej należą do niej informacje bardziej szczegółowe, dające się wyprowadzić z ludzkiego genomu za pomocą nowoczesnych technologii (określonych szeroko pojętym mianem badań prenatalnych).

De lege ferenda należałoby sprecyzować zasady gromadzenia oraz zakres dopuszczalnego wykorzystania informacji genetycznych *nasciturusa*.

41 Zob. wyroki ETPC z dnia 20 marca 2007 w sprawie *Tysięd przeciwko Polsce*; z dnia 16 grudnia 2010 r. w sprawie *A., B. i C. przeciwko Irlandii*; z dnia 26 maja 2011 r. w sprawie *R.R. przeciwko Polsce*; z dnia 30 października 2012 r. w sprawie *P. i S. przeciwko Polsce*.

42 Zob. cytowane wyżej orzeczenie TK, sygn. K 26/96. Jest to właściwie jedyne rozstrzygnięcie dotyczące tej kwestii.

43 R. Plomin, I.J. Deary, *Genetics and intelligence differences: five special findings*, „Molecular Psychiatry” nr 20 (2015), s. 98–108.

44 Wyrok TK z 19 maja 1998 r., sygn. U 5/97.

Obowiązek udzielenia pomocy medycznej *nasciturusowi*

Zgodnie z art. 30 u.z.l. lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Przepis nie precyzuje, komu lekarz ma udzielać pomocy, co oznacza, że ma on obowiązek ratowania życia lub zdrowia człowieka we wszelkich przypadkach niecierpiących zwłoki, niezależnie od tego, czy człowiek ten jest pacjentem w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p., czy nie. Wiązą się z tym dwie konsekwencje. Po pierwsze, lekarz ma obowiązek udzielenia pomocy medycznej w sytuacjach nagłych także poza miejscem pracy i wobec przypadkowo spotkanych osób, np. w razie wypadku samochodowego, którego jest świadkiem. Tą kwestią nie będę się dalej zajmował. Po drugie, lekarz ma obowiązek udzielania pomocy medycznej również wobec nienarodzonej istoty ludzkiej, ponieważ przepis nie ogranicza obowiązku do osób narodzonych ani nawet do pacjentów. Taki pogląd podzielają również m.in. R. Kubiak⁴⁵ i E. Zielińska⁴⁶. Za zaniechanie obowiązku pomocy lekarskiej *nasciturusowi* w sytuacji nagłego zagrożenia lekarz ponosi tylko odpowiedzialność zawodową (dyscyplinarną), ponieważ hipoteza art. 162 k.k. (przestępstwo zaniechania pomocy) odnosi się tylko do ludzi narodzonych⁴⁷.

Podsumowanie

Jeśli przyjąć, że przyczyną wprowadzenia do języka prawnego pojęcia pacjenta i jego praw służyć ma ochronie słabszej strony w relacji z lekarzem, to nie ma podstaw do odmawiania tego statusu dziecku poczętemu, którego pozycja jest jeszcze bardziej niepewna i chwiejna niż w przypadku nieznanego się na medycynie, ale jednak świadomego i mogącego podejmować decyzje dorosłego pacjenta. Dlatego też uważam, że gdy *nasciturus* poddawany jest jakimkolwiek świadczeniom zdrowotnym, to podlega ochronie prawa medycznego jako pacjent, w zakresie, w jakim może korzystać z praw podmiotowych.

45 R. Kubiak, *Prawo...*, dz. cyt., s. 135.

46 Podobnie E. Zielińska, Art. 30, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, LEX 2014, tezy 4 i 25.

47 Tamże.

OBOWIAZEK NALEŻYTEJ STARANNOŚCI LEKARZA WOBEC DZIECKA POCZĘTEGO NA PRZYKŁADZIE ORZECZEŃ SĄDÓW LEKARSKICH

Wstęp

W dniu otrzymania dyplomu lekarz, wypowiadając słowa przyrzeczenia lekarskiego, które jest wstępem do Kodeksu Etyki Lekarskiej¹, przyrzeka uroczyscie „służyć życiu”. Musi zatem zdawać sobie sprawę jakie obowiązki wiążą się z tym przyrzeczeniem i służbą. Obowiązki te wynikają zarówno z przepisów prawa, jak i norm etycznych. Naruszenie ciążących na lekarzu obowiązków związanych z ochroną życia może prowadzić do pociągnięcia go do odpowiedzialności również przed organami samorządu zawodowego, czyli odpowiedzialności zawodowej. Zgodnie z art. 53 ustawy o izbach lekarskich² odpowiedzialność zawodową będzie ponosił każdy lekarz, który nie przestrzega przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza oraz zasad etyki lekarskiej. W związku z tym przesłanki odpowiedzialności zawodowej lekarzy należy podzielić na dwie grupy. Jedną można umownie nazwać prawną, gdyż obejmuje ona naruszenia prawa („przepisy związane z wykonywaniem zawodu lekarza”), a drugą – etyczną, ponieważ odnosi się ona do naruszenia norm i wartości etycznych („naruszenie zasad etyki lekarskiej”).

Przepisy związane z wykonywaniem zawodu to wszelkie przepisy ustawowe i akty wykonawcze do tych przepisów dotyczące wykonywania zawodu lekarza, w szczególności ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza den-

1 Kodeks Etyki Lekarskiej (tekst jedn. z 2 stycznia 2004 r., w brzmieniu nadanym uchwałą VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 20 września 2003 r.), http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf, dostęp 25 lipca 2017.

2 Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. 2009 nr 219 poz. 1708 z późn. zm.).

tysty³, ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej czy ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Z kolei zasady etyki lekarskiej tworzone są przez normy zawarte we wspomnianym już Kodeksie Etyki Lekarskiej. Kodeks Etyki Lekarskiej został uchwalony przez Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy na podstawie przepisów ustawy o izbach lekarskich, które to przepisy upoważniały samorząd lekarzy do ustanowienia dla wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii zawodowej. Przestrzeganie zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej gwarantowane jest przepisami ustawy o izbach lekarskich, które stanowią o odpowiedzialności lekarzy przed sądami dyscyplinarnymi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej i deontologii lekarskiej. W tym przypadku warto podkreślić, że odpowiedzialność zawodowa za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej potraktowana została w powyższej ustawie na równi z odpowiedzialnością za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza⁴.

Kodeks Etyki Lekarskiej wobec początków życia

Lekarz, wykonując swój zawód, jest zobowiązany kierować się zasadami etyki lekarskiej, zatem zasadne jest rozpocząć rozważania dotyczące obowiązków lekarza od norm zawartych w samym Kodeksie Etyki Lekarskiej. Kodeks odnosi się do początków życia i tym samym do dziecka poczętego w zawierającym trzy przepisy rozdziale zatytułowanym „Prokreacja”, które stanowią uzupełnienie ogólnych zasad postępowania lekarza w stosunku do sytuacji szczególnej, jaką jest przekazywanie ludzkiego życia.

Dla służby życiu określającej zadania lekarza należy poradnictwo w zakresie ochrony życia w ogóle, a poczętego życia w szczególności⁵. Na obowiązki w tym zakresie wskazuje art. 38 ust. 1 Kodeksu, który ujmuje kwestie związane z powstaniem i pierwszymi fazami rozwojowymi życia ludzkiego: „Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego”. Niestety, powyższy zapis normy etycznej budzi poważne zastrzeżenia. Norma ta stanowi, iż lekarz „powinien”, co oznacza „musi” z poczuciem szczególnej odpowiedzialności, odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego. Skoro jest to obowiązek lekarza, to jak go odnieść do dalszej części przepisu, która mówi o „poczuciu”⁶. Czy normy deontologiczne mogą opierać się na tak subiektywnym kryterium, jak „poczucie odpowiedzialności”? Od lekarzy wymaga się odpowie-

3 Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 2008 nr 136 poz. 857 z późn. zm.).

4 Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2016 r., sygn. SDI 71/15.

5 S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Katowice 1995, s. 93.

6 J. Haberko, *Komentarz do Kodeksu Etyki Lekarskiej*, „Medyczna Wokanda” nr 6 (2014), s. 41–42.

działności za proces przekazywania życia, nie zaś samego pocucia odpowiedzialności. Lekarz przekonany o swych racjach nie może być oskarżony o naruszenie norm etycznych, skoro zapisano, że wystarczy, aby miał poczucie odpowiedzialności⁷. Nie jasne jest również określenie „odnosić się do procesu przekazywania życia”. Wydaje się, że chodzi o szacunek lekarza w odniesieniu do przekazywania życia ludzkiego, które ma własny charakter pochodzący z samej właściwości osoby ludzkiej⁸.

Następny przepis to art. 38 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „Lekarz powinien udzielać zgodnych z wiedzą medyczną informacji dotyczących procesów zapłodnienia i metod regulacji poczęć, uwzględniając ich skuteczność, mechanizm działania i ryzyko”. Oznacza to, że lekarz z racji swego przygotowania zawodowego powinien uczestniczyć w wyjaśnianiu aspektów życia płciowego, które wynikają z fizjologii, i w miarę potrzeb osób zwracających się do niego służyć radą i pomocą⁹. W doktrynie wskazuje się, że przepis ten jest mało precyzyjny, ponieważ nie wiadomo, komu lekarz powinien udzielić tych informacji¹⁰. Z punktu widzenia ogólnych zasad postępowania lekarza wydaje się, że należy przyjąć, iż przepis ten nakłada na lekarza obowiązek informowania zainteresowanych tą problematyką pacjentów o procesach zapłodnienia i regulacji poczęć. Zatem odnosi się to do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach np. porad lekarskich.

W art. 38 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej znajdują się przepisy odnoszące się do badań prenatalnych, z których wynika obowiązek lekarza do zapoznania pacjentów z wymogami współczesnej genetyki lekarskiej, a także diagnostyki i terapii przedurodzeniowej. Stwierdza, że lekarz powinien informować pacjentów o możliwościach współczesnej diagnostyki dziecka w okresie płodowym pod kątem jego wyposażenia genetycznego. Wracając do reguł postępowania zawartych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, informacja taka powinna być pełna, zrozumiała dla odbiorcy i – jeśli jest to możliwe – udzielona obojgu rodzicom. Równocześnie, przekazując powyższe informacje, lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych. Zadaniem lekarza jest stwierdzenie, czy w ogóle istnieje uzasadniony powód do

7 T. Zielonka, *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej – art. 38 ust. 1 primo*, <http://spolecznosc.gazetalekarska.pl/gazeta-lekarska-archiwum-wydan/2001/numer-2001-11/na-marginesie-kodeksu-etyki-lekarskiej>, dostęp: 25 lipca 2017.

8 Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia, Kongregacja Nauki Wiary, Rzym 22 lutego 1987, http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_pl.html, dostęp: 25 lipca 2017.

9 T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2011, s. 153.

10 J. Haberko, *Prokreacja. Kilka uwag komentarza do art. 38–39a Kodeksu Etyki Lekarskiej*, „Medyczna Wokanda” nr 6 (2014), s. 43–44.

przeprowadzenia badań genetycznych (np. wiek rodziców, wcześniejsze poronienia, urodzenie dziecka z chorobą uwarunkowaną genetycznie, śmierć dziecka wkrótce po urodzeniu, bliskie pokrewieństwo małżonków itp.)¹¹.

Odpowiedzialność za dziecko i matkę

Z punktu widzenia obowiązków lekarza wobec dziecka poczętego kluczowe znaczenie ma art. 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Poprzedni przepis Kodeksu podkreślał szczególną odpowiedzialność lekarza wobec procesu przekazywania ludzkiego życia, konieczność udzielania wiarygodnych informacji dotyczących procesu zapłodnienia i metod regulacji poczęć oraz wskazywał zasady etyczne diagnostyki prenatalnej, ten przepis z kolei kładzie wyraźny nacisk na troskę lekarza o matkę i dziecko w dalszych etapach rozwoju ciąży. Artykuł 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowi: „Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem”. Z treści tej normy wynika odpowiedzialność lekarza za życie i zdrowie dziecka oraz jego obowiązku do czynienia starań o zachowanie jego zdrowia i życia również przed urodzeniem¹². Zakłada jednakowe traktowanie matki i dziecka przed urodzeniem. Lekarz nie może zapominać, że ma do czynienia nie z jednym, lecz z dwoma pacjentami. Zarówno matka, jak i dziecko muszą być przedmiotem największej i jednokowej troski lekarza¹³.

W kolejnych artykułach Kodeks Etyki Lekarskiej chroni embrion ludzki. Artykuł 45 ust. 2 rozdziału II Kodeksu Etyki Lekarskiej zajmuje się kwestią eksperymentów: „Lekarzowi nie wolno przeprowadzać eksperymentów badawczych z udziałem człowieka w stadium embrionalnym”. Z kolej ust. 3 tego artykułu dopuszcza tylko takie eksperymenty terapeutyczne na embrionach, które zgodnie z zasadą ryzyka proporcjonalnego przynoszą embrionom korzyść zdrowotną: „Lekarz może przeprowadzać eksperymenty lecznicze z udziałem człowieka w stadium embrionalnym tylko wtedy, gdy spodziewane korzyści zdrowotne w sposób istotny przekraczają ryzyko zdrowotne embrionów niepoddanych eksperymentowi leczniczemu”. W doktrynie podnosi się, że omawiane powyżej przepisy art. 45 ust. 2 i 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej odnoszą się zarówno do człowieka w stadium embrionalnym, rozwijającym się *in utero*, jak i do embrionu znajdującego się poza ustrojem kobiety

11 A. Muszala, *Kodeks Etyki Lekarskiej – odcinek 40: Troska lekarza o ochronę początkowych stadiów życia ludzkiego*, „Medycyna Praktyczna” nr 1 (2017), s. 128–132.

12 A. Gubiński, *Kodeks Etyki Lekarskiej – komentarz*, Warszawa 1995, s. 161.

13 A. Muszala, *Kodeks Etyki Lekarskiej – odcinek 41: Medycyna prenatalna w trosce o matkę i dziecko*, „Medycyna Praktyczna” nr 2 (2017), s. 115–116.

(*in vitro*). Niedopuszczalne byłoby różnicowanie pozycji prawnej samego dziecka poczętego w zależności od tego, czy zostało poczęte naturalnie, czy pozaustrojowo, oraz ze względu na to, czy znajduje się w stanie preimplantacyjnym, czy rozwija się już w łonie matki. W tym kontekście, podzielić należy stanowisko doktryny, iż *de lege ferenda* embrion *in vitro* powinien przyjąć status dziecka poczętego¹⁴.

Podobnie chronią ludzki embrion normy podane w rozdziale IIb Kodeksu Etyki Lekarskiej odnoszące się do ludzkiego genomu. Kodeks Etyki Lekarskiej ujął zagadnienie ochrony genomu w jednym przepisie, którego zakres jest bardzo zbliżony do Europejskiej Konwencji Bioetycznej¹⁵. Przepisy Kodeksu są jednak skierowane do lekarzy, dlatego np. zakaz dyskryminacji adresowany jest do lekarzy, odpowiedni zakaz Konwencji ma zaś zastosowanie powszechne¹⁶. W artykule 51h ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej czytamy: „Lekarzowi nie wolno dyskryminować osób ze względu na dziedzictwo genetyczne”. Tak więc zakazy eksperymentowania na embrionach ludzkich, eliminowania ich z powodów wad genetycznych, zakaz ich klonowania w celach reprodukcyjnych lub terapeutycznych – potwierdzają opowiadanie się Kodeksu Etyki Lekarskiej z 2003 r. za ochroną życia ludzkiego od jego początku¹⁷.

Należyta staranność

Formując w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta katalog praw, ustawodawca nie dostrzegł problemu szczególnej pozycji pacjentki ciężarnej i nie uregulował odrębnie zasad udzielania jej świadczeń zdrowotnych, by odzwierciedlały specyfikę sytuacji wynikającą z konieczności uwzględnienia interesu płodu w trakcie udzielania świadczeń¹⁸. W związku z tym analizując obowiązki lekarza wobec dziecka poczętego, należy odnosić się do ogólnych zasad postępowania medycznego, wynikających m.in. z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Kluczowe znaczenie z punktu widzenia zawodu lekarza ma art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, który zawiera podstawowe dyrektywy postępowania lekarza. Przewiduje on wiążące lekarza obowiązki, a równocześnie zarysowuje

14 M. Puk, *Eksperyment medyczny w świetle Kodeksu Etyki Lekarskiej. Zagadnienia problemowe*, „Medyczna Wokanda” nr 7 (2015), s. 106, J. Haberko, *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa 2010, s. 95–109.

15 Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej Wobec Zastosowań Biologii i Medycyny, zwana Konwencją Bioetyczną, została przyjęta przez Komitet Ministrów Rady Europy 19 listopada 1996 r. Polska podpisała tę Konwencję, ale do dzisiaj jej nie ratyfikowała. Council of Europe Treaty Series 1997, No. 164.

16 T. Gardocka, *Ochrona genomu ludzkiego*, „Medyczna Wokanda” nr 7 (2015), s. 47.

17 S. Biesag, *Kodeks Etyki Lekarskiej*, „Medyczna Praktyczna” nr 9 (2006), s. 24.

18 M. Reshef, *Płód – pacjentem w świetle obowiązujących przepisów prawa w Polsce*, [w:] *Medyczne prawo karne*, red. T. Gardocka, D. Jagiełło, Warszawa 2016, s. 94.

granice wynikających z nich powinności. Z tego przepisu wynika, po pierwsze, obowiązek wykonywania przez lekarza zawodu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, jednak z zastrzeżeniem, że dostępnymi mu metodami i środkami. Po drugie, przepis ten ustanawia obowiązek przestrzegania zasad etyki zawodowej. Po trzecie, wprowadza on nakaz zachowania przy wykonywaniu czynności zawodowych należytej staranności¹⁹.

Na jakość udzielanych świadczeń zwraca również uwagę art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „Lekarz powinien prowadzić wszelkie postępowanie diagnostyczne, terapeutyczne i zapobiegawcze z należyłą starannością, poświęcając im niezbędną czas”. Kodeks Etyki Lekarskiej używa, tak jak Kodeks cywilny, pojęcia należytej staranności. Występujące w obszarze prawa medycznego pojęcie postępowania z należyłą starannością zostało zapożyczony z prawa cywilnego – art. 355 § 2 k.c. Natomiast sama staranność w znaczeniu potocznym jest postawą charakteryzującą się sumiennością, rzetelnością, troską o ogólnie pojęte dobro drugiego²⁰. Najbardziej trafną definicję tego pojęcia zawarto w treści orzeczenia francuskiego sądu kasacyjnego z 20 maja 1936 r.: lekarz zobowiązuje się wobec pacjenta do dania zabiegów sumiennych, uważnych i z zastrzeżeniem okoliczności wyjątkowych, zgodnych z zasadami wiedzy, a nie rezultatu²¹. Natomiast w art. 355 § 1 k.c. chodzi o staranność wymaganą w stosunkach danego rodzaju, przy czym staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności. Lekarz jako profesjonalista ma obowiązek wykonywania zawodu z należyłą starannością. Kodeks cywilny nie określa, na czym zachowanie należytej staranności ma polegać. W doktrynie podnosi się, że jest to ustalenie pewnej miary, wzorca, według którego należy oceniać postępowanie lekarza. Wzorcem, do którego należy sięgać, jest w odniesieniu do lekarza jest wzorzec „dobrego fachowca”. W literaturze, na podstawie analizy orzecznictwa sądowego, twierdzi się, że „musi to być jednak staranność wysokiego stopnia, oznaczająca, że powstanie wypadku czy innego ujemnego dla pacjenta zdarzenia wyrządzającego mu szkodę było nie do uniknięcia nawet przez najbardziej przezornego, starannego i kwalifikowanego lekarza”²². Z praktycznego punktu widzenia należyta staranność

19 E. Zielińska, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2014.

20 A. Muszala, P. Jaranowski, *Kodeks Etyki Lekarskiej – odcinek 15: Z należyłą starannością, poświęcając swój czas*, „Medycyna Praktyczna”

21 M. Sośniak, *Elementy zawodowe w odpowiedzialności odszkodowawczej*, „Palestra” nr 9 (1964), s. 4–8.

22 M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, s. 42; M. Sośniak, *Należyta staranność. Cywilna odpowiedzialność lekarza*, s. 103 i n.

to z jednej strony otwarty katalog wielu czynności, które lekarz powinien wykonać w stosunku do chorego, z drugiej – uporządkowany i przemyślany katalog działań.

Lekarze często domagają się stworzenia półzamkniętej lub zamkniętej listy niezbędnych czynności, odnoszących się do określonego „przypadku”. Wiele takich procedur/schematów postępowania już opisano, jednak wiele podlega stałej modyfikacji, związanej np. z postępem i rozwojem medycyny²³. Nie należy zapominać, że nie da się stworzyć procedur/schematów dla wszystkich możliwych przypadków. Należy zatem kierować się zasadą należytej staranności, wykonywać swoje obowiązki w sposób poprawny, najlepszy z możliwych, jak najlepiej, z zachowaniem zdrowego rozsądku.

Dla osiągnięcia staranności ważny jest czas poświęcony dla pacjenta. Korzyści są obopólne: lekarz może dokładnie zebrać wywiad i zbadać pacjenta przedmiotowo, pacjent uspokaja się, bo może opowiedzieć o swoich dolegliwościach i bólu. Czas poświęcony pacjentowi buduje zaufanie, czyli fundament relacji lekarz – pacjent. Właściwa relacja lekarz – pacjent to – z jednej strony – fachowość i kompetencja zawodowa, z drugiej zaś – poświęcenie pacjentowi swojej uwagi, odpowiedniego czasu.

Wykonywanie zawodu lekarza wiąże się z pewną wiedzą teoretyczną oraz określonymi umiejętnościami praktycznymi. Wymagania stawiane lekarzowi zależą od poziomu jego wykształcenia i doświadczenia (lekarzom specjalistom z wieloletnią praktyką zawodową stawiane są wyższe wymagania)²⁴.

Z praktyki sądów lekarskich

Należy przyjąć, że postępowanie z należytą starannością oddaje najważniejszą zasadę, o jakiej lekarz nigdy nie może zapominać na każdym etapie swojego działania. Jednak w praktyce art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej w zbiegu z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest najczęściej naruszaną normą prawną z zakresu prawa medycznego.

NIEPRAWIDŁOWY ZAPIS KTG

Lekarze sprawujący opiekę nad matką i dzieckiem podczas porodu muszą działać z należytą starannością oraz powinni być przygotowani na każdą ewentualność, w tym również wykonanie czynności interwencyjnych w zakresie rodzącej oraz opieki nad noworodkiem. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej pro-

23 G. Wrona, *O należytej staranności. Nie tylko w SOR!*, „Gazeta Lekarska” nr majowy (2015).

24 A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Karków 1998; E. Zielińska, *Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej*, „Prawo i Medycyna” nr 9 (2001), s. 44.

wadził postępowanie wyjaśniające w sprawie skargi pacjentki związanej z niewłaściwym postępowaniem lekarzy szpitala ginekologiczno-położniczego w stosunku do matki i jej nienarodzonego dziecka. Pacjentka w 37. tygodniu ciąży zgłosiła się do szpitala 13 października 2011 r. około godz. 10.00 z powodu utrzymujących się od dwóch dni wymiotów (poprzedniej nocy wymiotowała prawie całą noc). Była to pierwsza ciąża pacjentki. Wody płodowe były zachowane, czuła ruchy płodu, a także odczuwała nieregularne skurcze. Lekarz przyjmujący pacjentkę nie badał ginekologicznie, zlecił wykonanie KTG. W tym czasie nie odnotowano żadnych nieprawidłowości w KTG, tętno dziecka wynosiło 100–140/min. Pokrzywdzona pacjentka została przyjęta do szpitala i przewieziono ją z izby przyjęć do sali przedporodowej. Podłączono KTG o godz. 12.18. W tym czasie pacjentka odczuwała silne bóle macicy, co zgłaszała położnym oraz lekarzom. O godz. 13.20 pokrzywdzona była badana przez jednego z obwinionych lekarzy, który był szefem dyżuru. Nie odnotował on w dokumentacji medycznej żadnych niepokojących zmian. Potwierdził imienną pieczętką i własnoręcznym podpisem wydruk z KTG i zalecił dalszą kontrolę KTG. Pacjenta oraz jej matka stale zgłaszały personelowi szpitala silne bóle macicy. O godz. 15.15 położna zanotowała zawężony zapis KTG i poinformowała o tym lekarza dyżurnego. O godz. 16.30 pojawił się drugi z obwinionych, który nie widząc pacjentki, zatwierdził imienną pieczętką oraz własnoręcznym podpisem zapisy KTG z godz. 13.20–16.30. Nie stwierdził czynności skurczowej w zapisach KTG i zlecił nawodnienie. Pokrzywdzona stale odczuwała bóle w okolicy macicy i wymiotowała. O godz. 19.20 była badana przez lekarza obwinionego, który był szefem dyżuru. Został on wezwany przez położną z powodu trudności w znalezieniu tętna płodu. Próby znalezienia tętna płodu aparatem KTG zakończyły się fiaskiem. Zlecono badanie USG, w którym obwiniony lekarz stwierdził brak czynności serca płodu. Pokrzywdzona siłami natury urodziła 14 października 2011 r. martwego noworodka płci żeńskiej. W badaniu autopsyjnym nie stwierdzono wad rozwojowych płodu. Stwierdzono natomiast cechy śmierci wewnątrzmacicznej spowodowanej najprawdopodobniej niewydolnością łożyska.

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej postawił obu lekarzom zarzuty o popełnieniu przewinienia zawodowego, polegający na niepodjęciu działań mających na celu albo wyjaśnienie nieprawidłowości pojawiających się w zapisie KTG (zapis patologiczny – sinusoidalny, obraz obumierającego płodu), albo zakończenie ciąży pacjentki. Jest to naruszeniu art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w związku z art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej. W ocenie Rzecznika o godz. 13.20 jeden z obwinionych widział zapis KTG, a zapis ten wskazywał na nieprawidłowości, tj. bradykardię oraz skaczącą, a następnie zawężoną oscylację. Natomiast od godz. 14.30 zapis KTG wskazywał na obraz obumierającego płodu. Od tego momentu zachodziły bezwzględne wskazania do zakończenia ciąży

cieciem cesarskim. Mimo to drugi z obwinionych, widząc ten obraz KTG, zlecił jedynie nawodnienie. Podkreślenia wymaga fakt, że lekarz obwiniony, który był szefem dyżuru, miał w swoim gabinecie podgląd wszystkich zapisów KTG pacjentek znajdujących się na bloku porodowym i w sali przedporodowej, dzięki czemu miał możliwość szybkiej reakcji w razie pojawiających się nieprawidłowości.

Wobec powyższego nie można ocenić zachowania obwinionych lekarzy wobec pokrzywdzonej jako należycie starannego. Obaj obwinieni lekarze pomimo istniejących nieprawidłowości w zapisie KTG pokrzywdzonej nie pojęli żadnych czynności mających na celu wyjaśnienie źródeł tych nieprawidłowości, nie została również przez obwinionych, pomimo występowania bezwzględnych wskazań, podjęta decyzja o wcześniejszym rozwiązaniu ciąży²⁵.

Zdaniem biegłego zapisy KTG, które oglądali obwinieni lekarze, wskazywały, że cięcie cesarskie powinno być wykonane w trybie pilnym. Szef dyżuru po stwierdzeniu zapisu z godz. 13.20 powinien zacząć organizować cięcie cesarskie i je wykonać. W tym również powinien być powiadomiony zespół neonatologiczny o możliwym złym stanie urodzeniowym dziecka. Natomiast zapis z godz. 16.30 to zapis patologiczny wskazujący na bardzo duże ryzyko obumarcia płodu. W tym przypadku należało wykonać cięcie cesarskie w jak najkrótszym czasie²⁶. W toku rozprawy 21 lipca 2016 r.²⁷ zebrany materiał dowodowy potwierdził, że płód przez wiele godzin manifestował dyskomfort. Zapis KTG trzykrotnie wskazywał, że częstość pracy serca płodu była nieprawidłowa, jednak nikt nie reagował. Była to sala porodowa o zwiększonym nadzorze, gdzie sprawnie działała aparatura. Zespół dyżurny lekarzy i położnych powinien się uzupełniać. Zabrakło pracy zespołowej – podkreślił w swoim wystąpieniu Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

CHOLESTAZA – ZAGROŻENIE DLA MATKI I DZIECKA

U pacjentki w 32. tygodniu ciąży stwierdzono podwyższony poziom kwasów żółciowych, pacjentka uskarżała się również na świąd skóry. Skierowana do szpitala z rozpoznaniem wewnątrzwątrobowej cholestazy ciężarnych.

Cholestaza stanowi najczęstszą odwracalną chorobę wątroby ściśle powiązaną z ciążą; samoistnie ustępuje po jej rozwiązaniu, ale w kolejnych ciążach (45–90%) zwykle ujawnia się ponownie i przybiera bardziej nasiloną postać. Do zaburzeń czynności wątroby polegających na zaburzeniu wchłaniania żółci dochodzi naj-

25 Wniosek o ukaranie z dnia 2 marca 2016 r., sygn. Rz.O.Z.- 40/14/Ld.

26 Opinia biegłego specjalisty położnictwa i ginekologii z dnia 2 stycznia 2015 r. i z dnia 27 listopada 2015 r., sygn. akt Rz.O.Z.- 40/14/Ld.

27 Rozprawa przed Okręgowym Sądem Lekarskim w Warszawie dnia 21 lipca 2016 r., sygn. OSL.630.13/16.

częściej w trzecim trymestrze ciąży. Cholestaza stanowi problem medyczny przede wszystkim ze względu na zagrożenia dla płodu: ryzyko porodu przedwczesnego i nagłej śmierci płodu.

Przy przyjęciu do szpitala w wywiadzie ustalono, że pacjentka nie leczyła się z powodu żadnych chorób przewlekłych. Pacjentka przeżyła jeden poród zakończony cięciem cesarskim i wówczas była obecna cholestaza ciężarnych, później było poronienie samoistne. W badaniu ginekologicznym nie stwierdzono zmian patologicznych, tętno płodu wynosiło 140 uderzeń/min. Podczas hospitalizacji wykonano wielokrotnie badanie, za każdym razem nie stwierdzono odchyień. Podwyższone były jedynie poziomy kwasów żółciowych. Zlecono kontrolę KTG oraz 6 razy na dobę osłuchiwać tętno. Ponadto wykonano USG w celu oceny przepływów, gdzie nie stwierdzono odchyień od normy. Na początku grudnia 2013 r., w związku z utrzymującym się wysokim poziomem kwasów żółciowych, pacjentka została zakwalifikowana do cięcia cesarskiego. Rano wykonano KTG – zapis prawidłowy, badano również tętno dziecka, które o godz. 12.15 wynosiło 140 uderzeń/min. Zabieg cięcia cesarskiego rozpoczęto o 13.20 (zgodnie z kartą znieczuleń), po rozpreparowaniu zrostów dziecko wydobyto o godz. 13.39. W toku zabiegu stwierdzono gęsty, zielony płyn owodniowy, pępowina była impregnowana zielonym płynem owodniowym, a wydobyty noworodek nie dawał oznak życia. Neonatolog obecny przy porodzie stwierdził, że płód jest wiotki, sino-biały, bez czynności serca, w żołądku i tchawicy obecny był gęsty zielony płyn owodniowy. Pomimo przeprowadzonych czynności resuscytacyjnych nie uzyskano czynności serca. W późniejszym protokole sekcyjnym nie stwierdzono wad u dziecka ani zakażenia płodu, zwrócono uwagę na zastój krwi w naczyniach krwionośnych i rozdętą żyłę pępowinową.

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej postawił zarzuty lekarzowi prowadzącemu pacjentkę, że nie dołożył należytej staranności w procesie dignostyczno-lecznym ciężarnej pacjentki. Dysponując wynikami badań wątrobowych i kwasów żółciowych wskazującymi na zasadność podjęcia decyzji o wcześniejszym rozwiązaniu ciąży, zaniechał wykonania cięcia cesarskiego, co w konsekwencji doprowadziło do obumarcia płodu. Ponadto lekarz nie dopilnował aktualnej oceny dobrostanu płodu, ponieważ ostateczne badanie KTG było 5 godz. wcześniej, a badanie USG połączone z oceną przepływów krwi pępowinowej wykonano 5 dni przed cięciem cesarskim. Zdaniem Rzecznika jest to naruszenie art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej w zbiegu z art. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Cholestaza to nie tylko zagrożenie dla matki, lecz także – przede wszystkim – dla dziecka. W opinii biegłych wysoki poziom kwasów żółciowych wpływa na wzrost pasażu smółki w jelitach płodu. Smółka zaś obkurcza naczynia łożyska, zwłaszcza żyłę pępowinową, powodując ostrą redukcję przepływu naczyniowego

i zgon płodu. Jednak obie biegłe podczas rozprawy²⁸ podkreśliły, że brak jest jednolitego stanowiska ekspertów w rekomendacjach dotyczących poziomu kwasów żółciowych, a lekarze mają dość dużą dowolność interpretacji co do bezpiecznej normy kwasów żółciowych. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego sugerują indukcję porodu przy niepowikłanej łagodnej cholestazie po zakończeniu dojrzałości płuc w 36.–38. tygodniu ciąży. W przypadku towarzyszącej żółtaczkii, ukończenie ciąży zaleca się od 34. tygodnia ciąży. Należy rozważyć ryzyko niedojrzałości przy porodzie przedwczesnym w stosunku do ryzyka wewnątrzmacicznego obumarcia płodu²⁹. Zdaniem biegłych brak szczegółowych rekomendacji powoduje, że postępowanie wobec pacjentki z cholestazą należy zindywidualizować. Wysoki poziom kwasów żółciowych nie zawsze jest skorelowany ze stanem dziecka. Zdarza się nawet tak (co jest opisywane w literaturze), że przy niższych poziomach kwasów i przy prawidłowym KTG za godzinę dziecko jest martwe. Ryzyko obumarcia płodu jest większe u pacjentek z niskim ciśnieniem, tak jak to było u pokrzywdzonej – 90/60 mmHg w dniu operacji. Kolejnym faktem jest to, że pacjentka była długo ułożona na plecach w okresie przygotowania do cięcia cesarskiego i samego zabiegu połączonego z usuwaniem zrostów. Pozycja ta dodatkowo mogła się przyczynić do zaburzeń przepływu. W cholestazie nie można przewidzieć, kiedy nastąpi zgon dziecka.

Podsumowanie

Prawidłowe postępowanie lekarza związane jest z dobrami najwyższej rangi – zdrowiem i życiem człowieka, a w przypadku kobiety ciężarnej – ze zdrowiem i życiem matki i dziecka. Naruszenie reguł takiego postępowania prowadzić może do poniesienia przez lekarza odpowiedzialności karnej, cywilnej lub zawodowej. Odpowiedzialność zawodowa lekarzy napotyka na wiele trudności związanych ze specyfiką tej dziedziny. Wiąże się to z tym, że zasad postępowania i obowiązków lekarza należy szukać nie tylko w ogólnych przepisach prawa, lecz także w wielu ustawach szczególnych, jak również w normach etycznych.

Analizując Kodeks Etyki Lekarskiej, należy stwierdzić, że zobowiązuje on lekarza do podejmowania działań diagnostycznych i leczniczych wobec kobiety ciężarnej, jak i wobec jej dziecka. Działania te powinny być w ramach standardu należytej i najwyższej staranności zawodowej, gdzie konflikt między wyborem dobra, jakim

28 Rozprawa przed Okręgowym Sądem Lekarskim w Warszawie dnia 13 października 2016 r., sygn. OSL 630.24/16.

29 Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w wewnątrzmacicznej cholestazie ciężarnych, „Ginekologia i Położnictwo” nr 9 (2012), s. 713–717.

jest życie i zdrowie matki oraz życie i zdrowie dziecka poczętego, będzie w miarę możliwości minimalizowany³⁰. Należyta staranność w przypadku lekarza wiąże się z sumiennym przygotowaniem diagnozy, terapii i leczenia. Sumiennność i obowiązkowość stanowi ważny element pracy dobrego lekarza. Niesumiennność w wykonywaniu obowiązków ze strony lekarza może wyrządzić chorem, i często wyrządza, niepowetowane szkody³¹. Zdobycie tej cennej cechy, jaką jest staranność, w dobie pośpiechu i natłoku obowiązków jest dla lekarza szczególnie trudne³². Podczas opieki nad kobietą ciężarną przy wyborze środków i metod leczenia lekarz powinien mieć na uwadze dobro matki i dziecka. Przykłady spraw rozpatrywanych przez sądy lekarskie pokazują, że szczególnej staranności wymaga opieka okołoporodowa pacjentki ciężarnej, kiedy zagrożenie zdrowia i życia obu pacjentów jest najwyższe.

30 J. Haberko, *Prokreacja. Kilka uwag...*, dz. cyt., s. 45.

31 S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Katowice 1995, s. 61.

32 A. Muszala, P. Jaranowski, *Kodeks Etyki Lekarskiej – odcinek 15...*, dz. cyt.

BARBARA MAZURKIEWICZ,
EWA DMOCH-GAJZLERSKA

ASPEKTY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W POLSKIM POŁOŻNICTWIE

We wszystkich epokach byli ludzie, którzy w wyniku chorób, wypadków czy też od urodzenia byli osobami niepełnosprawnymi. Stosunek społeczeństw wobec tej grupy był zróżnicowany, jednak na ogół byli oni izolowani i stygmatyzowani¹. Współcześnie w krajach cywilizowanych miejsce osób z dysfunkcjami jest na równi z pozycją osób pełnosprawnych. Dostosowuje się przestrzeń publiczną do ich potrzeb, tworzy miejsca pracy oraz pomaga w realizacji ich potrzeb społecznych, rodzinnych czy też zawodowych.

W ramach obchodów Międzynarodowego Roku Inwalidów i Osób Niepełnosprawnych oraz w okresie tzw. Dekady na Rzecz Osób Niepełnosprawnych ogłoszonej przez ONZ na lata 1983–1992² opracowana została klasyfikacja niepełnosprawności. Ma ona stanowić międzynarodowy wzorzec określania różnych możliwości, konsekwencji wrodzonych lub nabytych deficytów zdrowotnych. Istotne jest dokładniejsze rozgraniczenie, czy dana niepełnosprawność jest uszkodzeniem w sensie medycznym, czy niezdolnością do wykonywania funkcji życiowych lub upośledzenia w sensie socjalnym. Klasyfikację tę przyjął Komitet Ministrów Rady Europy, a została ona sformułowana następująco:

- „uszkodzenie (*impairment*) oznacza utratę lub nieprawidłowości struktury lub funkcji psychicznych, fizjologicznych lub anatomicznych,

1 B. Mazurkiewicz, *Zagadnienia dotyczące niepełnosprawności*, [w:] *Opieka położnicza nad pacjentkami niepełnosprawnymi*, red. B. Mazurkiewicz, E. Dmoch-Gajzlerska, Warszawa 2012, s. 13–19; A. Löwe, *Wychowanie słuchowe. Historia – metody – możliwości*, Warszawa 1995, s. 7–10.

2 T. Bulenda, J. Zabłocki, *Ludzie niepełnosprawni a prawo. Państwowy Fundusz Osób Niepełnosprawnych*, Warszawa 1994.

- niepełnosprawność (*disability*) oznacza wszelkie ograniczenie lub brak (wynikający z uszkodzenia) możliwości wykonania pewnych czynności, w sposób lub w zakresie uznawanym za normalny dla istot ludzkich,
- upośledzenie/niesprawność (*handicap*) oznacza poszkodowanie w wypadku danej jednostki wynikające z uszkodzenia lub niepełnosprawności, które ogranicza lub uniemożliwia jej odgrywanie takich ról, jakie uznaje za normalne (wziąwszy pod uwagę wiek, płeć oraz czynniki społeczne i kulturowe dla danego osobnika)³.

Ta klasyfikacja ukazuje, że niepełnosprawność jest wieloznaczna i wielopłaszczyznowa.

Podobna definicja zawarta jest w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych stwierdzająca, że osoby niepełnosprawne to osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz odgrywanie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajami, mające prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia i niemogące podlegać dyskryminacji⁴.

W Polsce przez ponad 20 lat sytuacja tych osób systematycznie poprawia się, jednak nadal widoczne są obszary, w których widzimy nierówne traktowanie osób niepełnosprawnych. Często sytuacja ta jest niejawna i podyktowana troską o dobro tych osób. Obszarem tym może być medycyna, która w tradycyjnym ujęciu przyznaje sobie prawo decydowania o losach pacjentów.

Kolejny akt o znaczeniu międzynarodowym został stworzony w celu uregulowania praw osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Jest nim Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 r. Rząd Polski podpisał ją 20 marca 2007 r., natomiast ratyfikacja Konwencji przez Polskę miała miejsce 6 września 2012 r.⁵ Jednak dokument ten nie został przyjęty w całości. Istnieją dwa wyjątki, jeżeli chodzi o zgodność prawa polskiego z Konwencją. Chodzi o zdolność do czynności prawnych oraz zawieranie małżeństw (art. 12 ust. 4 i art. 23. ust 1 pkt a Konwencji). Jednak są to kluczowe zagadnienia dla funkcjonowania osób niepełnosprawnych⁶.

3 Załącznik do zalecenia nr R(92)6 Komitetu Ministrów Rady Europy w sprawie spójnej polityki wobec osób niepełnosprawnych, Ośrodek Informacji Dokumentacji Rady Europy Biuletyn nr 7–8 (1993), s. 53–54.

4 M. Sidor-Rządkowska, *Etyczne aspekty rehabilitacji niepełnosprawnych*, „Polityka Społeczna” z. 1 (1997), s. 11.

5 Dz.Urz. UE L 2010 Nr 23, s. 37.

6 <https://www.mpips.gov.pl/spoleczne-prawa-czlowieka/organizacja-narodow-zjednoczonych/konwencja-o-prawach-osob-niepelnosprawnych/ratyfikacja-konwencji-o-prawach-osob-niepelnosprawnych-przez-polske/dn>, dostęp: 22 lutego 2017.

W niniejszym artykule istotna kwestia dotyczy jednak aspektów medycznych opieki nad osobami niepełnosprawnymi. W rozważaniach dotyczących opieki medycznej w aspekcie położniczym należy wziąć pod uwagę dwie sytuacje. Pierwsza z nich to rodzic lub rodzice są osobami niepełnosprawnymi, natomiast druga dotyczy niepełnosprawności dziecka.

Odnosząc się do pierwszej kwestii, należy prześledzić, jaka jest liczebność populacji osób niepełnosprawnych w Polsce. Od 1997 do 2012 r. liczebność zmniejszyła się z 4,6 mln do 3,4 mln⁷. To nie oznacza, że liczba tych osób jest tak znacząco mniejsza, jednak nastąpiły zmiany w kwalifikacji rodzaju i stopnia niepełnosprawności, jak również osoby te uzyskują lepsze zaopatrzenie rehabilitacyjne i medyczne.

Przytaczane dane wskazują, że osoby niepełnosprawne mimo dysfunkcji integrują się ze społeczeństwem i podejmują różne role społeczne. Jedną z takich ról jest rodzicielstwo. Należy zatem spodziewać się, że coraz częściej pacjentki z różnym rodzajem i stopniem niepełnosprawności będą pacjentkami szpitali położniczych. W grupie tej będą kobiety o różnym stopniu przystosowania do życia wynikającego zarówno z czasu powstania niepełnosprawności, jak i zależności, jakie powstały w toku działań wychowawczych⁸. To będzie wpływało na zakres czynności, jakie podejmie wobec nich personel medyczny.

Jedno lub oboje rodziców mogą być niepełnosprawni, jednak jeżeli ich niepełnosprawność nie jest wynikiem chorób genetycznych/wad wrodzonych, to ciąża takiej pary nie wskazuje, że dziecko odziedziczy ich dysfunkcje. Inna sytuacja dotyczy rodziców, których dysfunkcje są wynikiem wad genetycznych przenoszonych na dzieci.

W tym celu każda z par, a szczególnie te, u których wywiad sugeruje nieprawidłowości, powinna mieć możliwość konsultacji z genetykiem i wykonania wskazanych przez niego badań.

W Polsce istnieje poradnictwo przedciążowe, jednak znacznie częściej trafiają tam kobiety, które już są w ciąży. Taka sytuacja nie pozwala na wcześniejsze przygotowanie się pary i zadbanie o ich zdrowie, a tym samym zdrowie ich potomstwa.

W poradnictwie określono także działania wobec dziecka mające za zadanie zmniejszyć liczbę poronień, porodów przedwczesnych, wad wrodzonych. W celach opieki przedkoncepcyjnej uwzględniono rodzinę, w której należy promować dobre

7 Dane GUS: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-w-wieku-60-struktura-demograficzna-i-zdrowie,24,1.html>, dostęp: 22 lutego 2017.

8 M. Radochoński, *Adaptacja rodziny do sytuacji stresowej wywołanej chorobą*, [w:] *Rodzina a problemy zdrowia i choroby*, red. A. Mirkowska-Mankiewicz, Warszawa 1999.

relacje pomiędzy rodzicami, co będzie miało wpływ na tworzenie się więzi emocjonalnej pomiędzy nimi a dzieckiem⁹.

Każda osoba, planując swoje życie, rozważa możliwość/wyraża chęć posiadania potomstwa. M. Kościelska¹⁰ pisze, że ciąża to dla jednych stan błogosławiony i okres bycia przy nadziei, dla innych – ciężar i brzemię trudne do udźwignięcia. W przypadku kobiet niepełnosprawnych występuje dodatkowy problem związany z ich deficytami. Brak jest miejsc przygotowanych do opieki nad pacjentkami niepełnosprawnymi. Często dotyczy to wyposażenia gabinetów, ale też przygotowania personelu, o czym pisze L.I. Iezzoni¹¹. U kobiet o ograniczonym zakresie sprawności dominuje aspekt opiekuńczy: „Czy ja jako osoba niepełnosprawna podołam trudom macierzyństwa?”. Nie zawsze znajdują one wsparcie i akceptację społeczną. Osoby pełnosprawne wskazują, że posiadanie potomstwa przez osoby niepełnosprawne obciąża nie tylko rodzinę, lecz także społeczeństwo¹². Niestety takie myślenie i postrzeganie to niekiedy poglądy także personelu medycznego¹³. To jest niepokojące, ponieważ to od tych osób pacjentki te będą oczekiwały pomocy. To właśnie położne, pielęgniarki i lekarze, którzy sprawują opiekę w czasie ciąży, porodu, mają za zadanie przygotować kobietę i jej rodzinę do pielęgnacji nowonarodzonego dziecka. Muszą zatem akceptować odmienność tych ciężarnych i rodzących, aby w pełni pomóc im w przejściu tego okresu¹⁴.

W przypadku związków, w których jedna ze stron lub obie są osobami niepełnosprawnymi, decyzja o chęci posiadania dziecka wymaga podjęcia wielostronnych działań. Przygotowanie do prokreacji powinno być wśród tej grupy prowadzone zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej, z poszanowaniem godności kobiety i mężczyzny, niezależnie od ich dysfunkcji.

Osoby te muszą rozważyć wiele czynników, do których należą:

- 1) rodzaj niepełnosprawności,
- 2) stopień uzależnienia od innych osób,

9 B. Chazan, *Organizacja opieki medycznej nad kobietą w ciąży*, [w:] *Położnictwo i Ginekologia*, red. G.H. Bręborowicz, Warszawa 2005, 2006, s. 58–59.

10 M. Kościelska, *Trudne macierzyństwo*, Warszawa 1998.

11 L.I. Iezzoni et al., *Physical accessibility of routine prenatal care for women with mobility disability*, „*Journal of Women's Health*” nr 24.12 (2015), s. 1006–1012.

12 L.I. Iezzoni et al., *How did that happen? Public responses to women with mobility disability during pregnancy*, „*Disability and health journal*” nr 8.3 (2015), s. 380–387.

13 C. Homeyard et al., *Current evidence on antenatal care provision for women with intellectual disabilities: A systematic review*, „*Midwifery*” nr 32 (2016), s. 45–57.

14 L.I. Iezzoni et al., *Recommendations about Pregnancy from Women with Mobility Disability to Their Peers*, „*Women's Health Issues*” nr 27.1 (2017), s. 75–82.

- 3) względy zdrowotne partnerów,
- 4) sytuacja zawodowa i materialna,
- 5) świadomość podejmowanych decyzji.

Rodzaj niepełnosprawności warunkuje zarówno możliwość posiadania potomstwa, jak i zakres samoopieki i opieki sprawowanej przez rodzinę i personel medyczny. Klasyfikacja niepełnosprawności uwzględnia przede wszystkim rodzaj niedomogów fizycznych czy psychicznych, ale bierze pod uwagę także możliwości funkcjonowania tych osób w środowisku¹⁵.

Stopnie niepełnosprawności określają zakres możliwości danej osoby w różnych dziedzinach działalności człowieka. Obowiązują trzy stopnie niepełnosprawności:

- 1) **znaczny** – jest to osoba z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej. Ponadto występuje u niej niezdolność do samodzielnej egzystencji, co oznacza naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację;
- 2) **umiarkowany** – osoba z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolna do pracy albo zdolna do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagająca czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia funkcji społecznych;
- 3) **lekki** – osoba o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu funkcji społecznych dające się kompensować za pomocą wyposażenia dodatkowego¹⁶.

Powyższe kwalifikacje mogą już wstępnie ukierunkować działania medyczne dotyczące możliwości samoobsługi i samopielegnacji tych osób. Wskazują także, że do poradni najczęściej będą trafiać osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności, które są w stanie same zaspokajać swoje potrzeby. Osobom tym należy ułatwić wizyty w poradniach, a także określić działania, jakie powinni podjąć w okresie

15 J. Sowa, *Pedagogika specjalna w zarysie*, Rzeszów 1997, s.19–20.

16 Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776.

prokreacyjnym w celu zapewnienia sobie i przyszłemu potomstwu odpowiednich warunków życiowych.

Względy zdrowotne osób przygotowujących się do prokreacji są niezwykle ważnym zagadnieniem poruszonym w środowisku medycznym. Promocja zdrowia we wstępnym etapie przygotowań prokreacyjnych tych osób pozwala na przygotowanie ich organizmu do stworzenia dogodnych warunków do zapłodnienia, a także utrzymania ciąży¹⁷. Założenie rodziny i wyrażenie chęci posiadania potomstwa jest ogromną odpowiedzialnością, dlatego należy zminimalizować ryzyko wystąpienia nieprawidłowości w przebiegu ciąży¹⁸. Wizyty lekarskie przygotowujące do prokreacji powinny obejmować lekarza położnika, położną, innych specjalistów z dziedzin, które są powiązane z niepełnosprawnościami, jakie występują u pary.

Sytuacja zawodowa i materialna związana z takimi czynnikami, jak:

- 1) przygotowanie ekonomiczno-społeczne,
- 2) praca,
- 3) zamieszkanie,
- 4) pomoc rodziny.

Ma to związek z możliwością zarobkowania, co warunkuje godne życie pary, a także stworzenie warunków dla nowej jednostki – dziecka¹⁹.

Świadomość podejmowanych decyzji jest ważna w każdej dziedzinie życia, jednak rodzicielstwo oznacza wzięcie na siebie obowiązków związanych z zapewnieniem opieki dziecku do chwili uzyskania przez nie samodzielności. Z badań przeprowadzonych przez F. Wojciechowskiego²⁰ wynika, że osoby niepełnosprawne w wieku adolescencji w 84,44% uznają udane życie rodzinne za cel swoich działań na przyszłość. Potrzeba tworzenia rodziny nie dotyczy zatem tylko osób pełnosprawnych. Osoby z dysfunkcjami powinny jednak zwrócić szczególną uwagę na przygotowanie się w tym zakresie, ponieważ obarczone niepełnosprawnością mogą mieć problemy na wszystkich etapach prokreacyjnych.

17 C. Łepecka-Klusek, *Planowanie rodziny*, [w:] *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*, red. C. Łepecka-Klusek, Lublin 2003, s. 49–50.

18 B. Mazurkiewicz, E. Dmoch-Gajzlarska, *Przygotowanie kobiet niepełnosprawnych do prokreacji i macierzyństwa*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” XI(4), październik–grudzień (2011).

19 F. Wojciechowski, *Niepełnosprawność Rodzina Dorastanie*, Warszawa 2007, s. 327–328.

20 Tamże.

Podjęcie przez osoby niepełnosprawne decyzji o posiadaniu potomstwa warunkuje następne kroki, które trzeba uwzględnić w opiece, czyli czas ciąży, porodu i położu.

Okres ciąży to naturalny stan w życiu kobiety. W celu utrzymania w dobrym zdrowiu matki i płodu należy w tym czasie wprowadzić zasady promujące zdrowy styl życia kobiety i jej rodziny. Ważne są informacje na temat diety, wypoczynku, zaniechania nałogów oraz zakres wiadomości o fizjologicznych zmianach zachodzących w organizmie ciężarnej²¹. Kobiety obciążone niepełnosprawnością, oprócz ogólnie przyjętych zasad promujących ten okres, będą musiały uwzględnić działania lecznicze związane ze swoimi dysfunkcjami.

Ciężarne w Polsce mogą korzystać z profesjonalnego przygotowania się do porodu w szkołach rodzenia. Miejsca te stawiają sobie za cel wytworzenie więzi psychicznej w fazie prenatalnej pomiędzy rodzicami a jeszcze nienarodzonym dzieckiem oraz zwiększanie się ich poczucia bezpieczeństwa²². Obecnie wszystkie ciężarne, również niepełnosprawne, mogą również uczestniczyć w indywidualnych spotkaniach przedporodowych realizowanych przez położne Podstawowej Opieki Zdrowotnej zgodnie ze standardem opieki przedporodowej²³.

Kolejny etap opieki nad ciężarnymi niepełnosprawnymi rozpoczyna się z chwilą porodu. Personel medyczny uczestniczący w porodzie takiej pary przy planowaniu opieki musi uwzględnić różne czynniki, aby zapewnić im holistyczną opiekę. Należą do nich:

- 1) właściwości uszkodzenia organizmu,
- 2) obiektywne warunki życiowe osób niepełnosprawnych,
- 3) właściwości psychiczne danej jednostki,
- 4) aktywności podejmowane przez te osoby²⁴.

Dodatkowy element mogący utrudnić opiekę to brak wyposażenia placówek ochrony zdrowia w nowoczesny sprzęt rehabilitacyjny, usprawniający oraz pomocny

21 B. Chazan, *Organizacja opieki medycznej*, dz. cyt., s. 59–60.

22 B. Mazurkiewicz, E. Dmoch-Gajzlerska, *Szkoła Rodzenia a kompetencje rodziców wobec dziecka*, [w:] *Wyzwania współczesnego położnictwa*, red. B. Kiełbratowska, W. Łysiak-Szydłowskiej, K. Preisa, Peplin 2007, s. 153–160.

23 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. 2012 poz. 1100).

24 W. Okła, M. Łukasik, *Wsparcie społeczne jako czynnik modyfikujący poczucie jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo*, [w:] *Jakość życia w chorobie*, red. S.T. Steuden, W. Okła, Lublin 2006, s. 138–139.

w codziennym funkcjonowaniu. W przypadku kobiety niepełnosprawnej ważne jest uczestnictwo w porodzie osoby towarzyszącej, która ma podwójne zadanie. Po pierwsze, osoba ta jest rzecznikiem swojej partnerki i może wraz z personelem sali porodowej ustalić plan postępowania i opieki. Po drugie, znając niedomogi w sprawowaniu samoopieki przez tę rodzącą kobietę, pomaga jej w czynnościach pielęgnacyjnych i staje się osobistą pomocą w realizacji jej potrzeb²⁵. Ułatwia to zaplanowanie procesu pielęgnowania i wyznaczenia priorytetowych działań wobec niej i jej dziecka. Deficyty, jakie występują u rodzących, niekiedy znacząco mogą modyfikować przebieg porodu lub też sprzyjać wystąpieniu trudności w jego prawidłowym przebiegu.

Kolejny etap opieki sprawowanej nad niepełnosprawną matką i jej nowonarodzonym dzieckiem to połóg. Obok szczęścia pojawiają się negatywne emocje w postaci lęku i strachu. Są one najczęściej związane z brakiem pewności co do swoich umiejętności opiekuńczych. Pacjentka, po przeniesieniu z sali porodowej do oddziału położniczo-noworodkowego, zaczyna podejmować czynności związane z macierzyństwem, staje wobec nowych obowiązków dotyczących opieki nad nowonarodzonym dzieckiem. W wyniku tego następuje modyfikacja planu dnia i rytmów dobowych, które wiążą się z podjęciem karmienia piersią oraz okresami snu i czuwania dziecka. Poważna ewolucja zachodzi w rodzinie i wiąże się ze zmianą ról w małżeństwie. To może powodować konflikty i obniżenie nastroju²⁶.

Kobiety niepełnosprawne, które założyły rodzinę i mają dzieci, wskazały w badaniach na trudności związane z odgrywaniem roli matki. Dotyczą one takich kwestii, jak trudności w wykonywaniu codziennych obowiązków związanych z opieką nad dzieckiem i czynnościami domowymi. Dręczy je poczucie, że są ciężarem dla swoich dzieci, często zdarza się okresowe zaniedbanie dzieci związane ze złym samopoczuciem lub hospitalizacją. Martwią się o niedostatek materialny, odczuwają lęk przed utratą kontaktu z dzieckiem lub odrzuceniem przez nie²⁷.

Bezpośrednio po porodzie oraz w pierwszych dobach położnica czuje się wyczerpana. Opadają pozytywne emocje towarzyszące matce w trakcie porodu. Jeżeli oddział położniczy dysponuje takimi możliwościami, a rodzina pacjentki niepełnosprawnej zadeklarowała ciągłą pomoc, należy umieścić ją wraz z dziec-

25 B. Mazurkiewicz, *Niepełnosprawność kobiet w świetle opieki okołoporodowej świadczonej przez położną*, praca doktorska, Warszawa 2009; F. Gomułczak, *Nasze postawy wobec dzieci kalekich*, „Nasza Szkoła” nr 6 (1979); B. Mazurkiewicz, E. Dmoch-Gajzlerska, *Przygotowanie położnej do opieki nad pacjentkami niepełnosprawnymi w opiece okołoporodowej*, „Przegląd Ginekologiczno-Położniczy” z. 4–5, t. 9 (2009), s. 315–320.

26 B. Mazurkiewicz, E. Dmoch-Gajzlerska, *Przygotowanie położnej...*, dz. cyt., s. 315–320.

27 E. Augustyniak-Nawrot, *Chorzy psychicznie korzystający z pomocy społecznej*, [w:] *Jakość życia w chorobie*, red. E. Syrek, Kraków 2001, s. 18–21.

kiem w sali jednoosobowej. Część położnic, która ma problemy z samoobsługą, nie będzie czuła się skępowana. Najistotniejszą rolę, jaką mają osoby towarzyszące, jest wsparcie, a zwłaszcza bliskość – w szczególności ojca dziecka. Jego obecność w tej nowej drodze tworzenia się rodziny jest pewnego rodzaju gwarantem zaspokojenia odczuwanych na bieżąco potrzeb (tj. czułości, bezpieczeństwa, zrozumienia, akceptacji, bliskości)²⁸. Powrót pacjentki niepełnosprawnej do domu może być procesem dłuższym niż u pacjentek pełnosprawnych. W działania te włączamy rodzinę w celu przygotowania ich wraz z matką do nowych czynności i zadań.

Niepełnosprawność dziecka

Druga sytuacja, do której należy się odnieść w opiece medyczno-położniczej, to niepełnosprawność dziecka. Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała nie tylko pojęcie niepełnosprawności, lecz także pojęcie dziecka niepełnosprawnego – jest to „dziecko, które bez specjalnych ulg i pomocy z zewnątrz jest długotrwale, całkowicie lub w znacznym stopniu niezdolne do uczestnictwa w grupie prawidłowo rozwiniętych i zdrowych rówieśników”²⁹.

Na przestrzeni kilkudziesięciu lat można zaobserwować zwiększenie częstości występowania wad wrodzonych. Przyczyny tej sytuacji nie są jednoznaczne. Duży wpływ na to zjawisko ma postęp w medycynie. To natomiast ma wpływ na systematycznie zmniejszanie się liczby śmiertelności okołoporodowej, jednak zwiększa się liczba dzieci, które rodzą się z wadami wrodzonymi.

Pojęcie „wada wrodzona” jest mało precyzyjne i bardzo szerokie. Określenie to obejmuje nieprawidłowości anatomiczne, chromosomalne, molekularne, nabyte w okresie przed urodzeniem, zniekształcenia oraz skutki infekcji, zatruc, promieniowania i innych czynników uszkadzających. W Polsce dużo chętniej używane jest określenie „wada rozwojowa”, podkreślające rozwojowy charakter nieprawidłowości.

Wady wrodzone mogą dotyczyć każdego narządu płodu. Do najczęściej występujących wad należą wady serca oraz wady ośrodkowego układu nerwowego. Przyczyny powstania większości wad wrodzonych są nieznane. Diagnostyka wad wrodzonych przed urodzeniem opiera się głównie na badaniach USG, ale również na badaniach metodą rezonansu magnetycznego (NMR), badaniach biochemicznych, badaniach DNA i wielu innych.

Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych (PRWWR) prowadzony od 1 kwietnia 1997 r. jest częścią programu profilaktycznego Ministerstwa Zdrowia pt. „Program Monitorowania i Poprawy Pierwotnej Profilaktyki Wrodzonych Wad Rozwojowych

28 D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa 2002.

29 Europejskie Forum Niepełnosprawności, 1994.

w Polsce”. Według PRWWR w naszym kraju występuje następujący podział wad rozwojowych:

- 1) wady układu nerwowego – np. bezmózgowie, małogłowie, wodogłowie;
- 2) wady serca – np. wady zastawek aorty i dwudzielnej;
- 3) wady przewodu pokarmowego – np. wady przełyku, wątroby, jelita grubego;
- 4) wady układu oddechowego – np. wady płuc, oskrzeli, tchawicy;
- 5) wady narządów płciowych – np. wady macicy, jajników;
- 6) wady układu moczowego – np. wady nerek;
- 7) wady układu mięśniowo-szkieletowego – np. zniekształcenie stawu biodrowego;
- 8) rozszczepienia wargi i/lub podniebienia;
- 9) wady powłok ciała – np. wrodzona rybia łuska;
- 10) wady oka, ucha, szyi, twarzy – np. wada wrodzona soczewki;
- 11) zespoły wad (wady mnogie);
- 12) aberracje chromosomowe – np. zespół Downa, Turnera.³⁰

Coraz częściej dostępne badania prenatalne pozwalają na wykrycie choroby wrodzonej jeszcze w czasie ciąży. Diagnoza uzyskana w ten sposób umożliwia rodzicom poznanie stanu zdrowia dziecka, ale tym samym stawia ich w trudnej sytuacji. Mimo że posiadają wiedzę, na temat choroby dziecka, nie są w stanie jej spożytkować dla jego dobra oraz zdrowia. Osobą, którą najbardziej dotyka taka diagnoza, jest matka dziecka. Często bywa tak, że po wykryciu wady wrodzonej matka spontanicznie zrywa zawiązane z dzieckiem więzi³¹. Stara się odrzucić od siebie myśli, że dziecko jest chore i gdy się urodzi będzie niepełnosprawne. Jest to czas, w którym matka potrzebuje holistycznej opieki, aby mogła w pełni zaakceptować swoje dziecko takim, jakie jest. Powinna otrzymywać wsparcie psychiczne oraz pomoc w nauce pielęgnowania noworodka, który będzie potrzebował dużo więcej troski niż inne dzieci³².

Diagnostyka prenatalna obejmuje badania pozwalające na wykrycie niektórych chorób uwarunkowanych genetycznie oraz wad rozwojowych płodu. Znajduje ona zastosowanie zwłaszcza u rodzin, u których potomstwa istnieje zwiększone ryzyko ich występowania. Diagnostyka prenatalna to możliwość rozpoznania choroby

30 Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych, <http://www.rejestrwad.pl>, dostęp: 22 lutego 2017.

31 Ł. Bieleninik, J. Preis, M. Bidzan, *Uwarunkowania więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie prenatalnym w ciążach wielopłodowych i pojedynczych*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” nr 3.3 (2010), s. 223–231.

32 D. Kornas-Biela, *Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej*, Lublin 1996, s. 74–77.

w okresie ciąży na tyle wczesnym, by zapewnić urodzenie dziecka w optymalnych warunkach z odpowiednią opieką medyczną³³. Częstym powodem do wykonania badań są m.in. wskazania cytogenetyczne.

Techniki diagnostyki prenatalnej mogą mieć charakter nieinwazyjny lub inwazyjny. Do badań nieinwazyjnych zaliczamy ultrasonografię i badanie krwi ciężarnej, a do inwazyjnych: amniopunkcję, biopsję trofoblastu, kordocentezę i fetoskopię³⁴.

Diagnostyka zaburzeń rozwojowych przestaje być jedynie problemem medycznym, zwłaszcza w związku z rozszerzeniem zakresu i dostępności badań prenatalnych, coraz częściej stanowi przedmiot zainteresowania diagnostyki i terapii psychopedagogicznej – przede wszystkim ze względu na konieczną pomoc rodzicom w przyjęciu i zaakceptowaniu dziecka urodzonego z wadą rozwojową, niezależnie od rodzaju i stopnia zaburzeń. To znaczy bezwarunkowo – takim, jakim jest.

Z badań nad przeżyciami związanymi z diagnostyką prenatalną wynika, że jednym z głównych powodów, dla których ciężarne podejmują decyzje o wykonaniu badań prenatalnych, jest obawa przed urodzeniem dziecka niepełnosprawnego. Sugeruje to, że niepełnosprawność traktowana jest jako stan bardzo ciężki, który uniemożliwia normalne, szczęśliwe życie, zarówno osoby dotkniętej niepełnosprawnością, jak i jej otoczenia. Występuje również przeświadczenie o nieumiejętności w poradeniu sobie z trudnościami wynikającymi z wychowania dziecka niepełnosprawnego, a co więcej – niemożności nawiązania z nim kontaktu emocjonalnego. Bardzo często problemem jest również obawa, że otoczenie nie zaakceptuje chorego dziecka, a wręcz potępi je i odrzuci³⁵.

Okres ciąży to czas, w którym rodzice dokonują wyobrażeń osoby dziecka, wizualizują jego wygląd, cechy psychiczne, reakcje z innymi oraz fantazjują na temat jego przyszłości. Gdy otrzymują diagnozę, że ich dziecko urodzi się niepełnosprawne, przeżywają jedną z najbardziej traumatycznych sytuacji w życiu, która dodatkowo pociąga za sobą fakt, że ich dotychczasowe życie znacznie się zmieni³⁶.

Według D. Kornas-Bieli z Instytutu Pedagogiki Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego sytuacja niepomysłnej diagnozy charakteryzuje się kilkoma cechami, które powodują jej szczególnie dramatyczny kontekst:

-
- 33 J. Łuczak-Wawrzyniak, *Diagnostyka prenatalna – analiza celu badania z perspektywy lekarza, matki/rodziców, płodu/dziecka*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” nr 6.1 (2013), s. 7–13.
 - 34 G.H. Bręborowicz, *Położnictwo – Podręcznik dla położnych i pielęgniarek*, Warszawa 2002, s. 72–74.
 - 35 M. Ledwoń, *Psychologiczne aspekty diagnostyki prenatalnej wad wrodzonych*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica” nr 8 (2004), s. 113–122.
 - 36 B. Mazurkiewicz, E. Dmoch-Gajzlerska, *Przeżycia emocjonalne rodziców po uzyskaniu informacji o niepełnosprawności dziecka*, „Przegląd Chirurgii Dziecięcej” nr 3 (3–4) (2008), s. 257–262.

- 1) okres ciąży nie został jeszcze w sposób naturalny zakończony, dlatego też nie uaktywniło się hormonalne podłoże kształtowania się zdolności do podjęcia zachowań opiekuńczo-pielęgnacyjnych, tzw. instynkt macierzyński – podobnie jest w przypadku porodu przedwczesnego;
- 2) nie odbył się jeszcze poród naturalny wraz z grą hormonów, który wpływa na stopień wrażliwości matki na sygnały emitowane przez dziecko oraz jej tzw. gotowość opiekuńczą;
- 3) kobieta nie ma możliwości wielozmysłowego kontaktu z dzieckiem;
- 4) występuje lęk przed dzieckiem niepełnosprawnym – hamuje to naturalny przejaw przywiązania się do niego, a co za tym idzie – stymulacji jego prenatalnego rozwoju;
- 5) niedostępność dziecka powoduje, że kobieta nie może zweryfikować jego stanu zdrowia, rezultatem tego jest wyolbrzymianie wady i jej skutków;
- 6) kobieta w ciąży jest bardziej podatna na sugestie i zwiększa się jej wrażliwość na komunikaty pozawerbalne, dlatego na jej decyzje ma duży wpływ to, co się do niej mówi, w jaki sposób i kto to mówi, ile czasu poświęca danej kwestii i czego nie mówi;
- 7) to, że sytuacje te są dosyć rzadkie, sprawia, że trudno jest otrzymać jakiegokolwiek wsparcie od osób, które znalazły się w podobnej sytuacji;
- 8) krańcowe emocje bardzo utrudniają racjonalne myślenie;
- 9) poczucie bezradności i jakiegokolwiek kontroli nad tym, co się wydarzyło, powoduje, że automatycznie obniża się poczucie odpowiedzialności za to dziecko;
- 10) znalezienie się w nowej sytuacji sprawia, że kobieta nie wie, jak się zachować, gdzie szukać pomocy, nie jest przygotowana do przyjścia na świat dziecka niepełnosprawnego, nie wie, w jaki sposób się nim zajmować³⁷.

W tym krytycznym dla ciężarnych okresie wiele z nich wymaga wsparcia psychologiczno-pedagogicznego, umożliwiającego im przyjęcie dziecka bez szkody dla rozwoju własnego i rozwoju dziecka. Matki często oczekują wysłuchania oraz pomocy w odnalezieniu się w nowej sytuacji, zwolnienia z poczucia winy przez wskazanie powszechności takiej reakcji, wzmocnienia więzi małżeńskiej, aby nie dochodziło do wzajemnego obwiniania się, obniżenia odczuwania lęku i wzmocnienia poczucia kompetencji wychowawczych.

Trzeba zaznaczyć, że gdy diagnoza zostaje postawiona dopiero po porodzie, jest to sytuacja pod pewnymi względami psychologicznie łatwiejsza, niż gdy diag-

37 D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa 2002, s. 42–89.

noza dotycząca zaburzeń rozwojowych dziecka zostaje podana do wiadomości podczas ciąży³⁸.

Według Obuchowskiej³⁹ w przeżyciach rodziców po wykryciu u dziecka niepełnosprawności można wyróżnić kilka okresów. Są to okresy: szoku, kryzysu emocjonalnego, pozornego przystosowania się oraz konstruktywnego przystosowania się do sytuacji⁴⁰.

Przekazywanie informacji o wynikach diagnozy potwierdzającej zaburzenia rozwoju dziecka wymaga od personelu medycznego taktu i wysokiej kultury. Niektórzy lekarze unikają rozmowy na temat stanu dziecka. Nawet na zadawane im wprost pytania, czy z dzieckiem „jest wszystko w porządku”, odpowiadają twierdząco lub wymijająco. Właśnie z zachowania personelu rodzice najczęściej wnioskują, że coś jest przed nimi ukrywane. Stanowi to dla nich dodatkowe źródło stresu. Często bywa tak, że tylko matka zostaje poinformowana o chorobie dziecka – i to na niej spoczywa ciężar powiadomienia o tym męża i rodziny. Zazwyczaj musi wyjaśniać zaistniałą sytuację i odpowiadać na pytania, na które sama nie zna odpowiedzi. R.M. Gargiulo⁴¹ zwraca uwagę na to, że matki często z lękiem oczekują reakcji ojca dziecka, obawiając się jego rozczarowania dzieckiem.

M. Kościelska⁴² przeanalizowała skargi rodziców w związku z przekazywaną im informacją na temat niepełnosprawności dziecka. Najczęściej rodzice wskazywali na niedosyt informacji, agresję w przekazywaniu tych wiadomości oraz wartościowanie informacji, obrazowanie niepełnosprawności jako coś strasznego. Taki sposób przekazywania diagnozy może doprowadzić do bardzo silnego urazu, który może wpłynąć na ochłodzenie relacji matka – dziecko. Bardzo istotne jest, że sposób przekazania informacji o chorobie ma także wpływ na to, jak długo rodzice będą się przystosowywać do tej sytuacji i czy w ogóle sobie z nią poradzą.

B. Siegel⁴³ podaje kilka wskazówek, które mogą być bardzo przydatne profesjonalistom w przekazywaniu rodzicom niepomysłnej diagnozy. Są one uniwersalne, dlatego warto je przytoczyć:

38 J. Łuczak-Wawrzyniak, *Diagnostyka prenatalna – analiza celu badania z perspektywy lekarza, matki/rodziców, płodu/dziecka*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” nr 6, 1 (2013), s. 7–13.

39 I. Obuchowska, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa 1999, s. 21–26.

40 Tamże, s. 21–26.

41 E. Pisula, *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Warszawa 1998, s. 13.

42 M. Kościelska, *Trudne macierzyństwo*, Warszawa 1998, s. 33–35.

43 B. Siegel, *Coping with the diagnosis of autism*, [w:] D.J. Cohen, F.R. Volkmar, *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, New York 1997, s. 745–766.

- 1) klinicysta powinien uświadomić sobie, że diagnoza niepełnosprawności może wywołać silne reakcje emocjonalne rodziców, a zwłaszcza u matki dziecka, jak również jest źródłem ogromnego stresu;
- 2) rodzicom trzeba pomóc w zrozumieniu istoty danej niepełnosprawności;
- 3) przed poinformowaniem rodziców o chorobie dziecka, specjaliści powinni się zorientować z jakimi diagnozami rodzice zetknęli się wcześniej oraz jaki obraz dziecka sobie wytworzyli.

Bezpośrednio po otrzymaniu diagnozy rodzice często nie są w stanie przyswoić dalszych informacji. Należy dać im czas na opanowanie silnych emocji. Pomocne może być skontaktowanie ich z rodzicami, których dzieci dotknięte są podobną niepełnosprawnością.

Okres zaraz po diagnozie jest bardzo istotny zwłaszcza dla matek, które bardzo potrzebują wsparcia nie tylko ze strony męża czy rodziny, lecz także profesjonalistów. Dobrze przygotowany personel medyczny może poprzez swoją wiedzę w istotny sposób pomóc tym pacjentkom. Ciężarna powinna jak najszybciej zaakceptować chorobę dziecka, aby w pełni świadomie przygotować się do opieki nad nim w przyszłości. Psychologiczno-pedagogiczne podejście położnej może być tu decydujące. Najlepiej byłoby aby kobieta w czasie ciąży i porodu była otoczona tym samym personelem. Kobieta nie musi wtedy opowiadać kolejnej osobie o swojej sytuacji, która dla niej jest trudna⁴⁴.

Sposób przeżywania przez rodziców informacji dotyczącej nieprawidłowego rozwoju ich dziecka zależy od wielu czynników. Jednym z najważniejszych jest ogólna dojrzałość do rodzicielstwa i gotowość do przyjęcia dziecka i służenia mu takiemu, jakie ono się narodzi. Kolejny to relacja łącząca rodziców, ich wzajemny stosunek i bliskość oraz wsparcie rodziny i bliskich. Świadomość tego, że ma się wokół osoby, na które zawsze można liczyć, daje rodzicom siłę na przezwyciężenie trudności związanych z niepełnosprawnością dziecka.

Czynnikiem, który wpływa na przeżycia emocjonalne rodziców, jest rodzaj i stopień niepełnosprawności dziecka. W społeczeństwie istnieje przekonanie, że niektóre typy niepełnosprawności są szczególnie ciężkie (np. mózgowie porażenie dziecięce, brak wzroku, padaczka). Rodziny, w których wychowują się dzieci z tymi schorzeniami, traktowane są jako najbardziej nieszczęśliwe i poszkodowane. Według Gałkowskiego⁴⁵ istnieje taki stopień niepełnosprawności, powyżej którego

44 L. Pisula, *Psychologiczne problemy...*, dz. cyt., s. 12–20.

45 T. Gałkowski, J. Kossewski, *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, Kraków 2001.

następują szczególnie silne negatywne emocje u rodziców, ponieważ zakłóca ono życie ich oraz całej rodziny.

Wiąże się to z kolejnym czynnikiem, czyli widocznością niepełnosprawności. Po uzyskaniu diagnozy rodzice starają się wyobrazić sobie, jak będzie wyglądało ich dziecko po urodzeniu i na ile jego niepełnosprawność będzie widoczna. Im mniej może być widoczna dla otoczenia, tym łatwiej jest rodzicom ją zaakceptować. Czynnikiem, na który największy wpływ mają profesjonaliści: lekarze, położne, pielęgniarki, jest sposób udzielania informacji o diagnozie, stanie dziecka, jak również rodzaj pomocy udzielonej rodzicom. Bardzo dużo negatywnych emocji może być wywołanych nieumiejętnym lub wręcz niewłaściwym sposobem przekazywania informacji na temat stanu dziecka⁴⁶.

To matki doświadczają większego stresu w związku z niepełnosprawnością dziecka niż ojcowie. Mężczyźni w takiej sytuacji wykazują mniej symptomów życia w stresie, mają wyższą samoocenę oraz bardziej wewnętrzne umiejscowienie kontroli niż matki. Rezultaty takie mogą być odbiciem tradycyjnego podziału ról. Odpowiedzialność za wychowanie dziecka oraz obciążenie związane z opieką nad nim po porodzie w większym stopniu wpływają na samopoczucie kobiet. Przez rodzinę i otoczenie kobiety są postrzegane jako głównie odpowiedzialne za opiekę nad dzieckiem. Waddington i Busch-Rossangel (za E. Pisulą)⁴⁷ wykazały, że emocjonalne i behawioralne problemy w funkcjonowaniu dziecka niepełnosprawnego oddziałują na samopoczucie matek nie wprost, lecz za pośrednictwem wpływu na odgrywane przez nich role. Rozgoryczenie z powodu choroby dziecka może prowadzić do odczuwania nieefektywności i bezradności w roli matki, co bardzo ujemnie wpływa na samopoczucie kobiety i może prowadzić do depresji.

Z psychologicznego punktu widzenia ogromne znaczenie dla rozwoju dziecka ma prawidłowy przebieg relacji między nim a matką. Dlatego za dobrą opiekę nad dzieckiem z wadą rozwojową uważa się taką opiekę, która nie narusza tej relacji, a wręcz przeciwnie – pomaga w jej nawiązaniu. Osoby, które chcą zlecić terapię chorego dziecka matce, muszą ją wcześniej do tego przygotować, najlepiej jeszcze w czasie ciąży. M. Kościelska twierdzi: „oczekiwanie, że matki będą dobrymi terapeutkami własnych dzieci, może być uzasadnione tylko wtedy, kiedy stworzymy cały system służb wspierania ich w tej działalności, a w niektórych przypadkach, trzeba to sobie jasno powiedzieć, tego rodzaju zadania nie powinno się zlecać

46 Tamże, s. 27–31.

47 E. Pisula, *Psychologiczne problemy...*, dz. cyt., s. 74.

matkom; w czynnościach terapeutycznych powinny je zastępować osoby profesjonalnie wyszkolone⁴⁸.

Najważniejszą przyczyną tego, że psychoterapia jest tak rzadko stosowana, jest niedostateczna wiedza kobiet oraz ich rodzin. Ciężarne nie są poinformowane o możliwościach, jakie dają im szpitale lub inne organizacje. Niestety, często winny jest personel, który również nie bardzo zdaje sobie sprawę z tego, jakiego rodzaju pomoc można zaoferować ciężarnym, u których stwierdzono wadę rozwojową dziecka. Natomiast kobieta po otrzymaniu tak traumatycznej diagnozy nie ma żadnej motywacji do poszukiwania pomocnych instytucji na własną rękę.

J. Intagliata i N. Doyle już 1984 r. opracowali zestawienie usług oferowanych rodzicom przez różne instytucje. Są to:

- 1) informacja i wyposażenie rodziców w wiedzę na temat danej niepełnosprawności oraz dostępnych usług,
- 2) grupy samopomocy tworzone przez rodziców, zmniejszenie poczucia izolacji,
- 3) terapia indywidualna dla członków rodziny,
- 4) programy treningowe w zakresie stosowania technik behawioralnych, które mogą wykorzystywać rodzice do rozwiązywania problemów, jakie w przyszłości być może zaistnieją,
- 5) pomoc matkom w odciążeniu ich od opieki nad dzieckiem, mającą na celu ochronę przed fizycznym i emocjonalnym wyczerpaniem⁴⁹.

E. Kaczmarczyk (za E. Pisulą)⁵⁰ przeprowadziła badania nad poczuciem krzywdy u matek dzieci z upośledzeniem umysłowym. Ich wyniki wskazują na potrzebę terapii, skoncentrowanej na próbie zmiany znaczenia przypisywanego przez matki problemom wywołującym u nich poczucie krzywdy.

Warto przytoczyć również pogląd na rolę psychologa we wspieraniu matki dziecka niepełnosprawnego przedstawiony przez M. Zalewską⁵¹. Zauważa ona, że po zdiagnozowaniu niepełnosprawności u dziecka konieczne jest zapewnienie pomocy psychologicznej jego matce. Zadanie psychologa w tym okresie polega na towarzyszeniu matce w przeżywaniu traumy. Udzielanie pomocy jest niezbędne również ze względu na jej relacje z dzieckiem. Jeśli żyje ona w poczuciu niesprawiedliwości, krzywdy, niezasłużonej kary, to może nie akceptować swojego dziecka.

48 M. Kościńska, *Trudne...*, dz. cyt., s. 132.

49 J. Intagliata, N. Doyle, *Enhancing social support for parents of developmentally disabled children: Training in interpersonal problem solving skills*, "Mental Retardation" 1984, s. 22.

50 E. Pisula, *Psychologiczne problemy*, dz. cyt., s.75.

51 M. Zalewska, *Pomoc psychologiczna matce dziecka głuchego*, Katowice 1994, s. 53–56.

Bristor (za U. Useh)⁵² opracowała wskazówki, w jaki sposób pomóc matce w przechodzeniu żałoby. Należą do nich:

- 1) umożliwienie jej opowiedzenia wszystkiego tak, jak to postrzega, komuś dla niej ważnemu;
- 2) zachęcanie do ekspresji emocji, wyrażania gniewu, żalu;
- 3) nakłanianie do włączenia innych bliskich osób w proces żałoby, nieukrywania tego, co się stało, przed członkami rodziny;
- 4) nakłanianie do wykorzystania pomocy i wsparcia przyjaciół;
- 5) nakłanianie do dania sobie czasu i ewentualnie skorzystanie z porad profesjonalisty, w przypadku gdy proces żałoby się przedłuża.

Proces rehabilitacji w niektórych przypadkach jest długi i żmudny. Tylko przy dobrej współpracy rodziców ze specjalistami może dać ona określone efekty. Według K. Wejksznej⁵³ stopień zaangażowania w usprawnianie dziecka niepełnosprawnego w rodzinie jest zróżnicowany i wygląda następująco:

- Matka – 60%,
- cała rodzina – 17%,
- rodzeństwo – 9%,
- babcia/dziadek – 8%,
- ojciec – 6%.

Wynika z tego, że to na matce spoczywa obowiązek czynnego uczestnictwa w rehabilitacji. Z tego powodu to właśnie matka powinna być dobrze wyedukowana, mieć szeroką wiedzę na temat dostępnych metod rehabilitacji oraz zasad pielęgnacji dziecka niepełnosprawnego.

Niepełnosprawność może dotyczyć różnych osób, ale też może mieć znaczący wpływ na różne sytuacje życiowe. Niezależnie od tego, czy dotyczy rodziców, czy też dziecka, zawsze wymaga wielorakich działań psychologicznych, społecznych czy też medycznych. Realizując wszechstronną pomoc, umożliwiamy osobom niepełnosprawnym realizację potrzeb życiowych, do których niewątpliwie należy prokreacja.

52 U. Useh, *Managing Collateral Disability in the Disability Continuum*, „J Hum Ecol” nr 44.2 (2013), s. 121–127.

53 K. Wejksznia, *Rozwój dziecka do 1 roku życia. Pielęgnacja, zabawy, rehabilitacja małego dziecka*, Polkowice 2002.

BEATA KRAJEWSKA

OD KÓŁ PODRZUTKÓW DO OKIEN ŻYCIA. PERSPEKTYWA HISTORYCZNA ORAZ OBECNA RZECZYWISTOŚĆ OPIEKI NAD POZOSTAWIANYMI W NICH DZIEĆMI

Wprowadzenie

Realizowanie zadań opiekuńczych wobec dzieci jest przede wszystkim obowiązkiem rodziców. Rodzina niezmiennie pozostaje pierwszą i najważniejszą instytucją opiekuńczą. Wartościami, które nobilitują rodzinę, są: miłość, troska o dziecko, odpowiedzialność członków rodziny za siebie¹. H. Cudak podkreśla, że w opiece nad dzieckiem rodzice powinni kierować się rozsądkiem i instynktem, szczególnie macierzyńskim, ale też wiedzą pedagogiczną i psychologiczną na temat potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych dzieci, świadomością cech rozwojowych dzieci w poszczególnych etapach życia, a także nabytymi umiejętnościami w zakresie zaspokajania tych potrzeb w celu racjonalnej opieki nad dziećmi². To pożądane elementy środowiska rodzinnego i kompetencje rodziców, które decydują o funkcjonalności rodziny i konstruktywnym oddziaływaniu na dzieci, niegenerujące potrzeby wsparcia czy też zastępowania rodziców w opiece nad dziećmi. E. Kantowicz podkreśla jednak konieczność przekształceń w podejściach i systemie organizacji opieki nad dzieckiem, konstituowanie nowych programów opieki i wsparcia na rzecz dziecka i rodziny, szczególnie tej zagrożonej wyłączeniem i patologią³. Wyrazem tych postulatów jest powoływanie różnych instytucji odpowiadających na pojawiające się potrzeby rodzin i dzieci, będących wsparciem rodziców

1 T. Olearczyk, *Sieroctwo i osamotnienie. Pedagogiczne problemy kryzysu współczesnej rodziny*, Kraków 2007, s. 243.

2 H. Cudak, *Opieka nad dzieckiem we współczesnej rodzinie polskiej*, [w:] *System opieki i pomocy. Założenia a rzeczywistość*, red. R. Stojecka-Zuber, A. Róg, Tarnobrzeg 2009, s. 309–310.

3 E. Kantowicz, *Opieka nad dzieckiem w Polsce jako ogniwo systemu pomocy społecznej – nowe wyzwania*, [w:] *System opieki i pomocy. Założenia a rzeczywistość*, red. R. Stojecka-Zuber, A. Róg, Tarnobrzeg 2009, s. 403.

w opiece nad dzieckiem bądź wręcz przejmujących ich rodzicielskie obowiązki wobec najmłodszych.

Konieczność sprawowania opieki nad niedojrzałym dzieckiem sprawia, że zadania rodziców w tym zakresie muszą częściowo lub całkowicie przejmować wyspecjalizowane instytucje opiekuńcze. Do takich podmiotów zaliczyć można okna życia jako instytucje powoływane w szczególności przez Kościół Katolicki do zapewniania opieki nad dziećmi, których rodzice podejmują decyzję o pozostawieniu ich w takim miejscu. Postrzegać je należy jako alternatywę dla pozostawienia dzieci w szpitalach czy porzucenia ich w jakimkolwiek miejscu z narażeniem ich na zagrożenie życia lub nawet jego utratę.

Zwrócenie uwagi na problem dzieci niechcianych przez rodziców i porzucanych w różnych miejscach czy pozostawianych w oknach życia to zasadniczy cel rozważań podjętych w tekście. Eksploracja tej problematyki została osadzona w kontekście historycznym, który ukazuje problem opieki nad porzucanymi i pozostawianym dziećmi przez różne instytucje, w szczególności koła podrzutek, będące pierwowzorem dla współczesnych okien życia. Opisano również podstawowe kwestie dotyczące idei okien życia, które obecnie należy traktować jako jedną z instytucji opieki nad dziećmi o charakterze krótkotrwałym, ale jakże znaczącym, bo ratującym życie poczętych i nowo narodzonych dzieci.

Od porzucania dzieci do pozostawiania ich w kołach podrzutek, zakładach oraz szpitalach

Historia porzucania i pozostawiania dzieci, jak również tworzenia instytucji opieki nad nimi obfituje w wiele faktów, ale z uwagi na ramy opracowania przedstawione zostaną tylko te, które związane są z kołami podrzutek. Istnienie takich miejsc uwarunkowane było porzucaniem dzieci, które to zachowanie zawsze towarzyszyło ludzkości. Różne były uwarunkowania takich zachowań, jak i ich oceny w poszczególnych okresach, ale generalnie wiązało się one z surowym traktowaniem dzieci. Porzucano dzieci, powodując ich śmierć, jak też pozostawiano je w miejscach, gdzie możliwe było otoczenie ich opieką przez inne osoby.

W starożytności los dzieci był zagrożony, zależny w dużej mierze od woli urzędników czy rodziny, a w szczególności od woli ojca. W starożytnej Sparcie dziecko po przyjściu na świat poddawane było oględzinom urzędników, którzy oceniali jego przydatność do dalszego życia. S. Kot tak opisuje ten zwyczaj: „dzieci spartańskie były własnością państwa, a wychowanie ich wyłącznie do państwa należało. Ponieważ do jego obrony przydatne być mogły tylko jednostki zdrowe i silne, toteż dzieci po przyjściu na świat musiały być poddane oględzinom urzędników, którzy

chorowite i ułomne rozkazywali wyrzucać na górę Tajgetos⁴. Istniała możliwość uratowania dziecka od niechybnej śmierci tylko przez niewolnika, ale wówczas automatycznie stawało się ono również niewolnikiem⁵.

W starożytnych Atenach los dzieci także był niepewny, wolno było bowiem porzucać ich bez konsekwencji prawnych, choć mogło to mieć miejsce tylko przed rodzinną ceremonią anfidremii, podczas której dziecko obnoszono dookoła ogniska i nadawano mu imię, akceptując w ten sposób jego urodzenie. Dodać należy, że Platon i Arystoteles aprobowali uśmiercanie dzieci, zwłaszcza ze względu na ich stan zdrowia, mianowicie gdy były one chorowite czy ułomne⁶.

Także w Egipcie pod panowaniem greckim porzucano dzieci, zaraz po urodzeniu wyrzucano je po prostu na śmietnik, zwłaszcza wtedy, gdy przychodziły na świat „nie w porę”. W szczególności życie i los dziewczynek były zagrożone, bo to właśnie one były głównie porzucane i miały niewielkie szanse na przeżycie, chyba że ktoś, znalazłszy je, zabrał je po to, aby wychować na niewolnice⁷.

Osobliwa sytuacja w tym względzie istniała w starożytnym Rzymie, gdzie organizacja rodziny opierała się na władzy ojca – *patria potestas*. Jedną z jej prerogatyw było prawo życia i śmierci – *ius vitae ac necis*, które to pozwalało ojcu zabić, porzucić, sprzedać lub w inny sposób pozbyć się dziecka. *Pater familias* mógł z przyśługującej mu władzy, w tym uśmiercenia dziecka, korzystać we współdziałaniu z sądem domowym – *iudicium domesticum*, którego opinia nie była wprawdzie dla niego wiążąca, ale w praktyce ojciec się jej nie sprzeciwiał.

W Sparcie natomiast o losie dziecka decydowali najstarsi spośród członków *fyli* i to właśnie oni, gdy dziecko było słabe, polecali zanieść je do przepaści koło Tajgetu. Z drugiej strony istniał zwyczaj organizowania uroczystości z okazji przyjścia dziecka na świat i podniesienia nowo narodzonego dziecka przez ojca, co oznaczało uznanie dziecka za pochodzące z małżeństwa i wolę nieporzucania go⁸. To wszystko budziło pewną niepewność o los dzieci, sytuowało je w niekorzystnej sytuacji, a ojcowska władza życia i śmierci została formalnie zniesiona dopiero w IV w. n.e.⁹

4 S. Kot, *Historia wychowania*, t. 1., Warszawa 1996, s. 34.

5 J. Krasuski, *Historia wychowania*, Warszawa 1985, s. 13.

6 K. Marzec-Holka, *Dzieciobójstwo. Przestępstwo uprzywilejowane czy zbrodnia*, Bydgoszcz 2004, s. 11–12.

7 A. Świderkówna, *Życie codzienne w Egipcie greckich papirusów*, Warszawa 2008, s. 104–105.

8 E. Żak, *Elementy sakralne i karne w uregulowaniach prawa rzymskiego dotyczących porzucenia dziecka*, [w:] *Religia i prawo karne w starożytnym Rzymie*, red. A. Dębiński, M. Kuryłowicz, Lublin 1998, s. 89–91.

9 K. Bartnicka, I. Szybiak, *Zarys historii wychowania*, Warszawa 2001, s. 43.

Chrześcijaństwo i Kościół miały korzystny wpływ na sytuację dzieci, budząc wrażliwość społeczeństwa na ich los. R. Bednarz-Grzybek podkreśla, że „dzięki opiece chrześcijan i Kościoła wiele dzieci porzuconych zostało uratowanych. Pozostawiano je w kościołach i monasterach, a następnie powierzano w opiekę obcym ludziom. Kościół dbał o dzieci, szczególnie o to, by zostały ochrzczone”¹⁰. Autorka podkreśla również bardzo ważny fakt dla opieki nad porzucanymi dziećmi, mianowicie, otrzymanie przez instytucje kościelne osobowości prawnej pozwalało na przyjmowanie zapisów i darowizn, a w konsekwencji tworzenie różnego rodzaju domów dla potrzebujących, w tym dla podrzutków określanych jako *brephotrophia* oraz sierocińców zwanych *orphanotrophia*. Przywileje udzielane przez cesarzy dla tego rodzaju instytucji miały pozytywny wpływ na ich rozwój, a ustawodawstwa soborowe i synodalne pogłębiały organizację pracy charytatywnej Kościoła, który zachęcał też wiernych do opieki nad porzucanymi dziećmi¹¹.

Także pod wpływem ideałów chrześcijaństwa od VIII w. tworzone zakłady mające na celu ocalenie porzucanych dzieci od śmierci oraz zapewnienie im wychowania. Pierwszym takim zakładem był utworzony w 787 r. przez biskupa Dateusza zakład w Mediolanie. Duchowny ten kupił znajdujący się przy katedrze dom i postanowił, że dzieci podrucane przy nim miały być przejmowane przez duchownych, karmione przez mamki i wychowywane do 8. roku życia. Powstawały później kolejne zakłady dla opieki nad opuszczonymi dziećmi, porzucanymi przez rodziców. W 982 r. zakład taki powstał w Bergamo, w 1041 r. w Lublanie, a w 1198 r. w Rzymie, przy czym ten ostatni, utworzony przez papieża Innocentego III, charakteryzował się tym, że po raz pierwszy urządzono w nim koło, w którym kładziono podrucane dzieci, a rozwiązanie to było później wykorzystywane w podobnych miejscach¹². Do utworzenia tego koła bezpośrednio przyczynił się, żyjący w średniowieczu, na przełomie XII i XIII w. Francuz, błogosławiony Gwidon z Montpellier. Jak pisze A. Wojdyła, „był to człowiek bogaty, z książęcej rodziny, który około 1175 r. ufundował szpital w swoim rodzinnym mieście. Obsługę szpitala stanowili początkowo wolontariusze, z których w niedługim czasie wyłoniła się męska i żeńska gałąź Zakonu Ducha Świętego. Dzieło Ojca Gwidona w niedługim czasie zwróciło uwagę jednego z najwybitniejszych papieży Średniowiecza Innocentego III, który w 1198 r. zatwierdził Zakon, a Gwidonowi, jego braciom i siostram powierzył wielki szpital rzymski położony w pobliżu Watykanu. Od 1207 r. dzieło to nosi nazwę Szpitala

10 R. Bednarz-Grzybek, *Zarys historii opieki nad dzieckiem opuszczonym – od starożytności do XIX wieku*, [w:] *Rodzinne i instytucjonalne środowiska opiekuńczo-wychowawcze*, red. D. Wosik-Kawala, Lublin 2011, s. 49.

11 Tamże, s. 50.

12 A. Okolski, *O domach podrzutków*, „Biblioteka Warszawska”, nr 1 (1889), s. 16–17.

Ducha Świętego. W szpitalu tym, istniejącym do dziś, można właśnie oglądać średniowieczne okno życia, które wówczas znane było pod nazwą koła¹³.

Niechciane dzieci pozostawiano więc w kołach podrzutków. Były one najbardziej rozpowszechnionym sposobem przyjmowania niechcianych dzieci. Koła podrzutków instalowane były w murach szpitalnych, tuż przy furcie lub bramie i łatwo dostępne z ulicy. Koło takie było obrotowym bębniem, dopasowanym do wymiarów niemowlęcia, zazwyczaj skonstruowanym tak, aby nie można było w nim umieścić większego dziecka. Najdawniejszy zapis dotyczy koła podrzutków istniejącego w VIII w. w Mediolanie, a późniejsze w szpitalach w Rzymie, Paryżu, Wiedniu, Lizbonie, Dublinie, Londynie, Pradze, Warszawie, Moskwie. Koła podrzutków istniały także w Hiszpanii, Portugalii, Włoszech, Grecji, Dalmacji i innych krajach. W różnych miastach także inne miejsca, takie jak żłobki, chrzcielnice, a nawet zakratowane okna pełniły takie same funkcje jak koła podrzutków, ale również przy niektórych kaplicach, kościołach i klasztorach matki mogły składać niemowlęta u ich drzwi, jak też na ołtarzach czy w chrzcielnicach. Koło podrzutków było akceptowanym społecznie rozwiązaniem problemu niechcianych dzieci, zapobiegało dzieciobójstwu i porzucaniu dzieci w miejscach zagrażających ich życiu¹⁴. Oprócz koła podrzutków istniał także zwyczaj pozostawiania dzieci w marmurowych muszlach umocowanych przy domach kościelnych – *concha marmorea*. Pozostawione dzieci oddawano następnie biskupowi lub proboszczowi, którzy spisywali protokół, po czym podczas nabożeństwa okazywali wiernym i zapytywali, czy ktoś nie chciałby się nad nimi ulitować i przyjąć na wychowanie. Gdy nikt się nie zgłosił, umieszczano dzieci w wychowawczych zakładach kościelnych¹⁵.

Z. Dąbrowski i F. Kulpiński podkreślają, że instytucja koła, inaczej kołowrotka, ratowała życie wielu tysiącom niewinnych dzieci, które porzucano na progach kościołów, dworów, na drogach czy w nurtach rzek. Kołowrotki były zwykle kołami od wozów konnych montowanymi w otworach murów klasztornych na pionowej poręczy. Między szprychami montowano wiklinowy kosz, do którego wkładano dziecko, i przekręcano go tak, aż dziecko znalazło się po stronie dziedzińca klasztornego. Jego kwilenie budziło czujność zakonnic, które się nim natychmiast zajmowały, a osoba pozostawiająca dziecko mogła odejść bez obawy, że zostanie rozpoznana. W późniejszym okresie urządzenie to doskonalono, montowano

13 A. Wojdyła, *Średniowieczne okno życia*, <http://gosc.pl/doc/816916.Sredniowieczne-okno-zycia>, dostęp: 9 lutego 2017.

14 M. Kolankiewicz, *Koło podrzutków*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, red. T. Pilch, t. 2, Warszawa 2003, s. 674–675.

15 *Domy podrzutków*, [w:] *Podręczna encyklopedia kościelna*, red. Z. Chęłmicki, t. 9–10, Warszawa 1906, s. 94–95.

w szpitalach i zakładach opiekuńczych dla podrzutków, aż stało się ono instytucją i przez kolejne wieki służyło najbardziej humanitarnemu, jak na owe czasy, rozwiązywaniu społecznego problemu podrzutków, aż wyparte ono zostało przez inne formy opieki, gdy upadła idea sekretnego umieszczania dzieci w takich miejscach¹⁶.

Koła podrzutków ratowały życie niechcianym dzieciom, ale nie były rozwiązaniem idealnym. Ponadto były rozwiązaniem nadużywany przez rodziców i istniały przez pewien okres. Nastąpiła ich likwidacja, która trwała w Europie, w zależności od kraju i miasta, w latach 1830–1880, a od tego okresu liczba porzuceń się zmniejszała. Zaczęto pewne kwoty przeznaczać na pomoc matkom, mówić o nich jako o osobach, które należy wspierać. Jednocześnie wprowadzono regułę jawnego przyjmowania dzieci, co uwidaczniało intencje rodziców, a zarazem dawało szansę na poznanie przyczyn takiego ich zachowania. Zamknięcie kół podrzutków zmniejszyło skalę zjawiska porzucania dzieci, jak też umożliwiło poznanie ich tożsamości¹⁷.

Koła podrzutków miały zarówno zwolenników, jak i przeciwników. Według zwolenników koła zapobiegały aborcjom, dzieciobójstwom i porzuceniom w miejscach niebezpiecznych dla dzieci, jak też chroniły matki przed wstydem i hańbą. Ich przeciwnicy uważali natomiast, że koła sprzyjają złym obyczajom, rozwiązłości seksualnej, że zbyt łatwo zdejmują z rodziców odpowiedzialność za dzieci oraz że powodują utratę statusu społecznego dzieci pozostawianych przez biednych małżonków.

Do dyskusji nad koniecznością likwidacji kół podrzutków włączyli się również zarządzający szpitalami dla dzieci porzucanych, czego przykładem były wypowiedzi zarządcy domu dzieci znalezionych w Brescii, a potem w Mediolanie, który eksponował istotne różnice co do motywacji porzucania dzieci nieślubnych i małżeńskich oraz tych, które trafiały tam z powodu prawdziwego oraz pozorowanego ubóstwa. Doprowadziło to do likwidacji w 1869 r. koła podrzutków w Mediolanie, a w 1871 r. w Brescii. Od 1834 r. zakaz istnienia takich urządzeń obowiązywał w Belgii, ale pomimo jego wprowadzenia w 1842 r. koła podrzutków istniały jeszcze w Brukseli, Louvain, Mons, Antwerpii i Gandawie, a gdy w końcu je zlikwidowano, to nie odnotowano wzrostu przypadków ani zabójstw dzieci, ani też porzucania ich na ulicach i przy drogach.

W Portugalii zaś do dyskusji przeciwko kołom podrzutków włączyli się dziennikarze, zarzucając małżeństwom wykorzystywanie szpitali jako darmowych mamek, a instytucjom mieszanie dzieci „prawowitych” z „bękartami”¹⁸.

16 Z. Dąbrowski, F. Kulpiński, *Pedagogika opiekuńcza. Historia, teoria, terminologia*, Olsztyn 2000, s. 19.

17 M. Kolankiewicz, *Koło podrzutków...*, dz. cyt., s. 676–677.

18 M. Kolankiewicz, *Porzuceni i powierzeni trosce*, Katowice 2002, s. 77–79.

Nie było więc łatwo zlikwidować instytucję, jaką były koła podrzutek. Przyjęły się one w wielu krajach jako sposób pomocy dla rodziców, którzy nie byli w stanie wychować swoich dzieci, ale również dla tych, którzy być może bardzo subiektywnie oceniali swoją sytuację, jakoby dla nich wychowanie dziecka było ciężarem.

Zanim jednak miała miejsce likwidacja kół podrzutek, to w XVIII w. powstało więcej szpitali przyjmujących porzucane dzieci, jednak miejsc takich nie było zbyt wiele. W Warszawie szarytki przyjmowały osierocone dziewczęta w ramach Instytutu św. Kazimierza, a także we Lwowie i w Krakowie prowadziły szpitale dla podrzutek¹⁹. Wyjątkowy status zyskał Szpital Dzieciątka Jezus, założony przez Piotra Baudouina w Warszawie, który to do dnia dzisiejszego jest najstarszą nieprzerwanie działającą instytucją opiekuńczą w Polsce. Za początek istnienia tego zakładu stworzonego przez francuskiego misjonarza ks. Baudouina przyjmuje się 1736 r., kiedy to biskup poznański, bo w diecezji poznańskiej znajdowała się wówczas Warszawa, wydał dokument zatwierdzający jego istnienie, chociaż pierwsze dzieci znalazły schronienie w drewnianym domu zbudowanym dla potrzeb dzieci opuszczonych już w 1732 r. Dom ten przyjmował od kilkudziesięciu do nawet około 200 dzieci rocznie, a jednym ze sposobów ich przyjmowania, od początku istnienia przez ponad 100 lat, było koło podrzutek, występujące także w innych krajach europejskich. W warszawskim domu koło było drewniane, mogło pomieścić troje noworodków, posiadało dzwonek, którym matka mogła dać sygnał, aby z drugiej strony dziecko odebrała szarytka czuwająca przy kole, a matka odchodziła niezauważona²⁰. Placówka kierowana przez księdza Baudouina określana była jako „szpitalik”, a nie „przytułek” czy „sierociniec” i urządzona była na białło. Każde przyjęte dziecko otaczane było troskliwą opieką, w czym pomagały siostry szarytki. Gdy porzuconych dzieci było coraz więcej, ks. Baudouin wpadł na pomysł, aby umieszczać dzieci w rodzinach włościańskich. Młodsze dzieci kierowano „do piersi”, starsze zaś „na garnuszek”, a za podjęty trud wychowania sieroty rodziny otrzymywały niewielkie wynagrodzenie. W działalności tej upatruje się prototypu dzisiejszego pogotowia opiekuńczego i rodzin zastępczych. Jednak los podrzutek przekazanych do rodzin był na ogół bardzo smutny z powodu rażących zaniedbań wobec dzieci, w szczególności w postaci krzywdzenia ich, wykorzystywania do najcięższych prac, a nawet głodzenia ze skutkiem śmiertelnym²¹.

Potrzeba opieki nad dziećmi osieroconymi lub porzucanymi istniała nieustannie, także w czasie I wojny światowej, po odzyskaniu przez Polskę niepodległości,

19 D. Żołądź-Strzelczyk, *Dziecko w dawnej Polsce*, Poznań 2002, s. 277.

20 M. Kolankiewicz, *Schronienie. Historia Domu Małych Dzieci ks. Baudouina*, Warszawa 1997, s. 10–12.

21 Z. Dąbrowski, F. Kulpiński, *Pedagogika opiekuńcza...*, dz. cyt., s. 24–25.

w całym dwudziestoleciu międzywojennym, ale w żadnym z tych okresów podejmowane działania nie przyniosły zamierzonych rezultatów. Niechciane dzieci stanowiły w międzywojennej Polsce wstydlivy i spychany na margines problem, z którym nie uporano się przez cały ten czas. Porzucanie dzieci było w II Rzeczypospolitej karalne, ale do surowego prawa nie dołączyła faktyczna pomoc i opieka państwa, a w konsekwencji w tamtym okresie odnotowywano przeciętnie półtora tysiąca porzuceń rocznie. Najwięcej podrzutek znajdowali stróże, gdy rankiem otwierali bramy kamienic i spostrzegali dzieci na schodach, za śmietnikiem czy pod murem. Niemowlęta porzucane były również nieopodal szpitali, zakładów opiekuńczych, ale również krzaki, skwery, nasypy kolejowe i ulice były miejscami, gdzie można było natknąć się na pozostawione losowi dziecko²².

Nie można pominąć w przedmiotowych rozważaniach faktu, że w ustawie o opiece społecznej z 1923 r. wskazano na potrzebę opieki nad niemowlętami, dziećmi i młodzieżą, zwłaszcza sierotami i półsierotami, dziećmi zaniedbanymi, opuszczonymi, występnyymi oraz zagrożonymi złymi wpływami otoczenia, którym to obowiązkiem obarczono przede wszystkim jednostki samorządu terytorialnego borykające się jednak z brakiem funduszy na jego realizację²³. Jednocześnie za pomocą regulacji prawnych wprost starano się ograniczać zjawisko porzucania dzieci. Kodeks karny z 1932 r. odróżniał porzucenie dziecka stanowiące zamach na jego życie lub zdrowie od takiego, które było motywowane jedynie zamiarem wyzbycia się opieki nad nim, ale przewidywał takie same kary za obie postaci takiego naganego zachowania wobec bezbronnych dzieci²⁴. Nie wpłynęło to jednak na zachowania kobiet i nie powstrzymywało matek, które porzucały dzieci, a zjawisko to nasiliło się w latach 1929–1935, m.in. w związku z kryzysem gospodarczym, zwłaszcza w dużych miastach²⁵.

W czasie II wojny światowej sytuacja dzieci była tragiczna, a w powojennej rzeczywistości istniała ogromna potrzeba roztoczenia opieki nad osieroconymi dziećmi. A. Kelm określa ją jako powszechną potrzebę wyrównania ich osamotnienia, złagodzenia konsekwencji sieroctwa, do których szybko dołączyły trudne powojenne uwarunkowania, w szczególności wzmożona migracja ludności, powo-

22 M. Piątkowska, *Życie przestępcze w przedwojennej Polsce. Grandesy, kasiarze, brylanty*, Warszawa 2012, s. 356–357.

23 S. Mauersberg, *Opieka nad dzieckiem i szkolnictwo specjalne*, [w:] *Historia wychowania. Wiek XX*, red. J. Miąso, Warszawa 1984, s. 105.

24 V. Konarska-Wrzošek, *Przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece*, [w:] *System prawa karnego. Przestępstwa przeciwko dobrom indywidualnym*, red. J. Warylewski, Warszawa 2012, s. 974.

25 M. Balcerek, *Rozwój opieki nad dzieckiem w Polsce w latach 1918–1939*, Warszawa 1978, s. 206.

dużąca brak stabilizacji środowiska opiekuńczego dziecka, jak też problemy związane z odnajdywaniem rodzin, określaniem sytuacji prawnej dzieci oraz ich repatriacją²⁶.

Przełom lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX w. przyniósł zmiany w systemie opieki nad dziećmi, które cały czas mają miejsce w odpowiedzi na zmieniającą się rzeczywistość, a tym samym potrzeby dzieci i rodziców. Wraz z przywróceniem samorządu terytorialnego w opiekę nad dziećmi angażowały się gminy, a w kolejnych latach placówki opiekuńczo-wychowawcze powierzone samorządom powiatowym. Kobiety ciężarne i matki z dziećmi mogły szukać wsparcia w domach pomocy społecznej, głównie w domach dla samotnych matek z małoletnimi dziećmi²⁷.

Miejscem, do którego matka bądź ktokolwiek inny może przynieść dziecko, jest okno życia. Specyfiką tej instytucji opieki, niekiedy ratującej życie dziecka, jest brak odpowiedzialności karnej za pozostawienie dziecka. Być może to właśnie ta okoliczność, jak też anonimowość osoby pozostawiającej dziecko w oknie życia sprawia, że instytucja ta stała się miejscem krótkotrwałej opieki dla wielu już dzieci, których rodzice nie widzą innego rozwiązania, jak tylko opieka zastępcza – za pośrednictwem okna życia. To wyraz zaufania do instytucji okien życia, podmiotów je tworzących, jak i bezpośrednich opiekunów tych miejsc.

Rozwój okien życia w Polsce i liczba pozostawionych w nich dzieci

W 2006 r. w Krakowie powstało pierwsze w Polsce okno życia. Za tym przykładem poszły inne miasta. Do końca 2014 r. było w całym kraju 60 okien życia, przy czym 56 z nich istnieje pod patronatem Caritas, a pozostałe pozostają pod opieką innych instytucji, w tym szpitali²⁸.

Rozwój okien życia trwa i w latach 2015–2017 powstało kolejnych pięć takich rozwiązań. Tylko w 2015 r. powstały trzy kolejne okna życia. Pierwsze z nich w czerwcu tego roku zostało otwarte w Domu Hospicyjnym Caritas im. św. Józefa w Sopocie i jest drugim w Trójmieście oknem życia, obok istniejącego od 2009 r. okna życia w Gdańsku. Powstanie okna życia w Sopocie było wspólną inicjatywą Caritas Archidiecezji Gdańskiej i miejskich urzędników. Caritas zagwarantowało miejsce dla okna życia, miasto zaś przeznaczyło pieniądze, za które sfinansowano prace i przystosowano do nowej funkcji część budynku hospicjum²⁹. Drugie

26 A. Kelm, *Formy opieki nad dzieckiem w Polsce Ludowej*, Warszawa 1983, s. 83.

27 M. Kolankiewicz, *Domy małych dzieci*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 1, red. T. Pilch, Warszawa 2003, s. 759–760.

28 B. Krajewska, *Okna życia w systemie opieki nad dzieckiem*, Warszawa 2015, s. 96.

29 P. Weltrowski, *W Sopocie powstało drugie w Trójmieście okno życia*, http://www.trojmiasto.pl/wiadomosci/W-Sopocie-powstalo-drugie-w-Trojmiescie-okno-zycia_n91619.html, dostęp: 15 marca 2017.

okno życia powstało we wrześniu 2015 r. w Legionowie. Po uroczystej mszy świętej w kościele pw. św. Jana Kantego, której przewodniczył abp H. Hoser, poświęcono Kapliczkę Życia, w której umieszczone jest okno życia. Patronką okna życia została św. Teresa od Dzieciątka Jezus, a opiekę nad nim roztoczyły siostry urszulanki NMP z Gandino. Okno życia w Legionowie powstało staraniem prezydenta miasta oraz przewodniczącego rady miasta³⁰. Także w 2015 r., w grudniu, w Ostrowie Wielkopolskim, przy ośrodku wychowawczym sióstr elżbietanek powstało okno życia. Miało to miejsce z inicjatywy prezydent miasta po tym, jak matka pozostawiła niemowlę na ulicy³¹.

W 2016 r. powstało kolejne okno życia. W Międzynarodowy Dzień Dziecka biskup T. Lityński poświęcił okno życia w Żarach, powstałe z inicjatywy Caritas Diecezji Zielonogórsko-Gorzowskiej, 105. Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Żarach oraz parafii Wniebowzięcia Najświętszej Maryi Panny. Zlokalizowane zostało ono przy 105. Kresowym Szpitalu Wojskowym³².

W marcu 2017 r. doszło do otwarcia kolejnego okna życia. Zostało ono usytuowane w głogowskim Szpitalu Powiatowym³³. Nie słabnie więc inicjatywa otwierania okien życia, a kolejne lata przynoszą kolejne takie instytucje, których potrzebę istnienia dostrzega społeczeństwo.

Okna życia wzbudzają różne emocje i oceny, od tych pozytywnych aprobowanych ich istnienie, po zaprzeczające potrzebie funkcjonowanie takich instytucji, a przykładem tego ostatniego stanowiska jest zapatrywanie wobec idei okien życia wyrażone przez Komitet Praw Dziecka przy Organizacji Narodów Zjednoczonych, który w 2012 r., jak też w 2015 r. sugerował wprowadzenie zakazu istnienia okien życia jako uniemożliwiających poznanie tożsamości pozostawianych w nich dzieci.

Okna życia nie są jednak w Polsce zamykane, a o zasadności ich istnienia przemawiają liczby odzwierciedlające rozmiary zjawiska pozostawiania w nich dzieci. W 2006 r. były dwa takie przypadki, w 2007 r. – trzy, w 2008 r. – sześć, w 2009 r. – 15, w 2010 r. – 18, w 2011 r. – 17, w 2012 r. – 14, w 2013 r. – 24, a w 2014 r. – 15. Tak więc wraz ze wzrostem liczby okien życia w latach 2006–2009 wzrastała liczba

30 *Legionowo, otwarto okno życia*, <http://wirtualnelegionowo.pl/legionowo-otwarto-okno-zycia>, dostęp: 15 marca 2017.

31 *Noworodek w „oknie życia” w Ostrowie Wielkopolskim. 17-letnia matka porzuciła dziecko?* http://wiadomosci.wp.pl/kat,1019407,title,Noworodek-w-oknie-zycia-w-Ostrowie-Wielkopolskim-17-letnia-matka-porzucila-dziecko,wid,18692965,wiadomosc.html?ticaid=118909&_tictsn=3, dostęp: 6 lutego 2017.

32 *Żary: powstało okno życia*, <http://niedziela.pl/artykul/22618/Powstalo-Okno-Zycia>, dostęp: 23 stycznia 2017.

33 *G. Szyszka, W Głogowie jest okno życia*, <http://glogow.naszemiasto.pl/artykul/w-glogowie-jest-okno-zycia,4060068,gal,t,id,tm.html>, dostęp: 24 marca 2017.

przypadków pozostawiania w nich dzieci, aby w latach 2010–2014 utrzymać się na względnie stałym poziomie kilkunastu takich dzieci w skali każdego roku, choć rekordowy pod tym względem był 2013 r.³⁴ Tylko w 2015 r. dzieci zostały pozostawione w oknach życia m.in. w Pabianicach, Poznaniu, Krakowie, Kaliszu, Tarnowie, Warszawie, Zielonej Górze, Sandomierzu oraz Starogardzie Gdańskim.

W 2016 r. i pierwszych miesiącach 2017 r. kolejne dzieci zostały pozostawione w oknach życia. Sytuacje te są z jednej strony przepełnione, jak można przypuszczać, dramatyzmem rodziców, a z drugiej strony – radością z życia, w momencie pozostawienia dziecka w oknie życia to życie nie jest bowiem zagrożone, a dziecko otrzymuje szansę na rozwój i wychowanie w nowej rodzinie. Warto zatem przedstawić opisy wybranych sytuacji pozostawienia dzieci, które zaistniały zupełnie niedawno, gdyż w 2016 r. i na początku 2017 r.

W dniu 3 stycznia 2016 r. o godz. 1.48 opiekujące się oknem życia w Koszalinie siostry ze Wspólnoty Dzieci Łaski Bożej zostały zaalarmowane sygnałem oznaczającym otwarcie okna i okazało się, że alarm nie był, jak wiele poprzednich, fałszywy. W oknie znajdowało się kwilące dziecko, chłopczyk, jeszcze z niezawiazaną pępowiną, owinięty jedynie w bluzę dorosłej osoby. Był on zmarznięty³⁵. Kolejne dziecko w 2016 r. zostało pozostawione 11 stycznia we wrocławskim oknie życia – matka przyprowadziła 1,5-roczną córkę. Siostry boromeuszki opiekujące się tym oknem życia proponowały kobiecie inne rozwiązania, ona jednak była bardzo zdesperowana i motywowała swoją decyzję trudnymi warunkami lokalowymi i złą sytuacją finansową. Matka zrzekła się praw do opieki nad dzieckiem, a w konsekwencji trafiło ono do placówki opiekuńczej³⁶.

W marcu 2016 r. w godzinach wieczornych dziecko zostało przyniesione do okna życia w Szczecinie³⁷. We Wrocławiu 8 marca 2016 r. w oknie życia siostry znalazły martwego noworodka. To pierwszy taki przypadek w dziesięcioletniej historii okien życia w Polsce³⁸. Dziecko było wcześniakiem, co ocenił lekarz pogotowia, wskazując wiek dziecka na około 6 miesięcy. Matka zostawiła list, w którym pisała, że widzi, jak dziewczynka walczy o każdy oddech. Siostry boromeuszki chciały,

34 B. Krajewska, *Okna życia...*, dz. cyt., s. 131.

35 K. Matejek, *Pierwsze dziecko w oknie życia*, <http://koszalin.gosc.pl/doc/2903645.Pierwsze-dziecko-w-oknie-zycia>, dostęp: 18 marca 2017.

36 *Matka przyprowadziła do okna życia 1,5-roczone dziecko. Zrzekła się praw do opieki*, <http://www.tvn24.pl/wroclaw-1-5-roczone-dziecko-przyprowadzone-do-okna-zycia,609689,s.html>, dostęp: 10 marca 2017.

37 *Dziecko w oknie życia*, <http://www.24kurier.pl/aktualnosci/wiadomosci/dziecko-w-oknie-zycia/>, dostęp: 27 marca 2017.

38 A. Homan, *Okno życia – jeszcze jedna szansa dla matki i dziecka*, <http://stacja7.pl/rodzina/okno-zycia-jeszcze-jedna-szansa-dla-matki-i-dziecka/>, dostęp: 12 marca 2017.

aby dziecko zostało pochowane 18 marca, kiedy odbywa się organizowany przez Fundację Evangelium Vitae pochówek dzieci martwo urodzonych i nieodebranych ze szpitala³⁹. Również w marcu 2016 r. w godzinach wieczornych został pozostawiony w oknie życia w Toruniu roczny chłopiec. Jego 21-letnia matka zadzwoniła na policję, prosząc o pomoc, mówiąc, chce zostawić dziecko w oknie życia, ale nie potrafi go uruchomić. Po przyjeździe policji, chłopiec był już jednak w oknie życia. Matka chłopca została otoczona opieką specjalisty, ma problemy natury psychologicznej. Odwiedziła jednak dziecko w szpitalu. Chłopiec trafił do zawodowej rodziny zastępczej pełniącej funkcję pogotowia rodzinnego⁴⁰. W maju 2016 r. dziecko zostało pozostawione w oknie życia w Łodzi. Po godz. 14.00 zabrzmiał dzwonek alarmowy i siostry znalazły w oknie życia dziewczynkę, urodzoną prawdopodobnie tego dnia rano, w domu, na co wskazywała zawiązana pępowina. Miesiąc wcześniej w tym oknie życia także została pozostawiona dziewczynka⁴¹. W lipcu 2016 r. pięcioletni chłopiec został pozostawiony w oknie życia we Wrocławiu⁴².

W dniu 3 lutego 2017 r. doszło do pozostawienia dziecka w oknie życia w Ostrowie Wielkopolskim. O godz. 5.35 w oknie życia znajdował się chłopiec bez ubrania, zawinięty w ręcznik, jeszcze z pępowiną. Dziecko było wychłodzone i miało trudności z oddychaniem. Ratownicy ogrzali go i podali tlen, następnie niemowlę trafiło na oddział noworodkowy. Według lekarza dziecko pozostawiono w oknie życia kilka godzin po urodzeniu. Przy dziecku nie znaleziono żadnej wiadomości od matki⁴³.

W dniu 12 marca 2017 r. o godz. 19.45 siostry boromeuszki opiekujące się wrocławskim oknem życia znalazły chłopca. Dziecko było zaraz po porodzie, nie miało zabezpieczonej pępowiny. Według wstępnej diagnozy stan zdrowia chłopca był dobry, ale jak zawsze w takich sytuacjach dziecko zostało zabrane na dalsze badania do szpitala. Siostry nadały chłopcu imię Franciszek na cześć papieża, którego czwarta rocznica wyboru przypadała 13 marca⁴⁴. W tym samym

39 <http://niedziela.pl/artukul/21162/W-Oknie-zycia-znaleziono-martwa>, dostęp: 12 marca 2017.

40 M. Oberlan, *Młoda matka umieściła w oknie życia toruńskich sióstr elżbietanek... rocznego chłopca*, <http://www.nowosci.com.pl/aktualnosci/a/mloda-matka-umiescila-w-oknie-zycia-torunskich-siostr-elzbietanek-rocznego-synka,10848218/>, dostęp: 10 marca 2017.

41 <http://www.dzienniklodzki.pl/wiadomosci/lodz/a/okno-zycia-w-lodzi-kolejne-dziecko-w-oknie-zycia-przy-klasztorze-siostr-urszulanek-w-lodzi,10012692/>, dostęp: 12 marca 2017.

42 <http://niedziela.pl/artukul/23244/5-tygodniowy-chlopiec-w-oknie-zycia>, dostęp: 6 lutego 2017.

43 Noworodek w „oknie życia” w Ostrowie Wielkopolskim. 17-letnia matka porzuciła dziecko? http://wiadomosci.wp.pl/kat,1019407,title,Noworodek-w-oknie-zycia-w-Ostrowie-Wielkopolskim-17-letnia-matka-porzucila-dziecko,wid,18692965,wiadomosc.html?icaid=118909&_tictsn=3, dostęp: 6 lutego 2017.

44 Wrocław: dziecko w oknie życia, <http://niedziela.pl/artukul/27654/Wroclaw-Dziecko-w-oknie-zycia>, dostęp: 14 marca 2017.

miesiącu, 24 marca o godz. 5.40 wrocławskie okno życia otworzyło się dla kolejnego dziecka, małej dziewczynki, urodzonej kilka godzin wcześniej. Jak oceniła jedna z sióstr, „to duża radość, ponieważ dziecko dostało szansę. Jeżeli ktoś przynosi do okna niemowlę, to musi mieć ku temu ważne powody”⁴⁵. W radomskim oknie życia 15 marca 2017 r. o godz. 4.20 dziewczynkę odnalazła zakonnica ze zgromadzenia Sióstr Matki Bożej Miłosierdzia, które opiekuje się tym oknem. Dziecko zostało ochrzczone i otrzymało imię Faustyna. Ksiądz Robert Kowalski, dyrektor diecezjalnej Caritas, bardzo wymownie odniósł się do tej sytuacji słowami „Bardzo dziękujemy matce dziecka, że miała odwagę pozostawić je w oknie. Dzięki temu ono żyje. Z pewnością nie była to łatwa decyzja dla matki. Być może nie miała warunków, by wychować dziecko”⁴⁶. Wybrzmiewa z tych słów ogromna powaga i złożoność sytuacji pozostawiania dzieci w oknach życia. Każda taka decyzja motywowana jest z pewnością innymi czynnikami, wymaga odwagi i determinacji, ale również można ją poczytywać jako wyraz odpowiedzialności za los i życie bezbronnego dziecka.

Każdy rok istnienia okien życia potwierdza słuszność ich idei i roli w systemie opieki nad dziećmi. Uratowane małe, bezbronne istoty, pozostawione w takim właśnie miejscu, uzasadniają ich byt. Rodzice, rezygnując z opieki nad dziećmi, powierzając ją na krótki czas opiekunom okien życia, dają dzieciom szansę na życie, rozwój i wychowanie w nowej rodzinie. Instytucje te nie są nadużywane a pozostawione dzieci to tylko te, które rzeczywiście nie znajdują opieki naturalnych rodziców i w przejawie ich odpowiedzialności pozostawiane są w oknie życia w nadziei na lepszy los.

Zakończenie

Historia opieki nad dziećmi ukazuje potrzebę istnienia podmiotów i instytucji opieki nad dziećmi niechcianymi, porzucanymi i pozostawianymi w różnych miejscach, zarówno przeznaczonych do tego, jak i tych przypadkowych, gdzie zdrowie i życie dziecka bywa zagrożone. Tak jak dawniej koła podrzutków, tak współcześnie okna życia, w swej niedługiej jeszcze historii, okazały się wielokrotnie potrzebne. Roztaczają całkowitą, choć doraźną opiekę nad pozostawianymi dziećmi, bez kompetencji w zakresie wychowania, z uwagi na bardzo krótki czas pobytu w nich dzieci. Realizują one zadania ratownicze na pierwszym etapie życia dzieci, gdy to

45 *Kolejne niemowlę w oknie życia*, <http://www.gazetawroclawska.pl/wiadomosci/a/kolejne-niemowle-w-oknie-zycia-otrzymalo-imie-gabriel-ale-to-dziewczynka,11916782/>, dostęp: 24 marca 2017.

46 *Dziewczynka w oknie życia w Radomiu*, <http://www.deon.pl/religia/kosciol-i-swiat/z-zycia-kosciola/art,29637,dziewczynka-w-oknie-zycia-w-radomiu.html>, dostęp: 16 marca 2017.

życie mogłoby być zagrożone. Organizacja okien życia jest jednolita, każde z nich co do istoty działa i wygląda tak samo, takie same są reguły pozostawiania w nim dzieci, jak też przekazywania ich służbom medycznym.

Okna życia nie istnieją tylko na mapie Polski, ale funkcjonują także w innych krajach. Ich historia rozpoczęła się od koła, w którym umieszczane były niechciane dzieci, a koła podrzutków były zlokalizowane w różnych krajach, podobnie jak okna życia. Problem niechcianych, a często porzucanych dzieci występuje w wielu krajach i poprzez istnienie okien życia może być przynajmniej częściowo rozwiązywany.

Okna życia nie są jedynym podmiotem, gdzie dziecko może być pozostawione, ani też rozwiązaniem idealnym, ale stanowią pewną alternatywę dla matki lub rodziców, którzy nie chcą lub nie mogą oni otoczyć opieką swojego dziecka. Nie należy traktować ich jako najlepszego rozwiązania, a tym bardziej jedyne wyjście w momencie odrzucenia przez rodziców roli opiekunów dziecka i przekazania troski nad nim innym instytucjom. Ważna jest jednak wiedza o instytucji okien życia, procedurze pozostawiania w nich dzieci, jak też dalszym wobec nich postępowaniu.

MAREK KAWA

OKNA ŻYCIA JAKO INSTYTUCJE OCHRONY DZIECKA NARODZONEGO I NIENARODZONEGO. NIEKTÓRE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA OKIEN ŻYCIA W POLSCE

Parafrazując *à rebours* słynne stwierdzenie Janusza Korczaka – kiedy płacze choćby jedno dziecko, to płacze cały świat – przychodzi na myśl, zwłaszcza w kontekście holistycznej pedagogii tego humanisty, symboliczny obraz trwania i „bycia przy dziecku” do końca. Zwłaszcza w kontekście wiernej drogi Janusza Korczaka, towarzyszenia tym najbardziej potrzebującym, porzuconym, osieroconym, w końcu niechcianym i niepotrzebnym ze względów ideologicznych (w czystym rasowo ówczesnym niemiecko-nazistowskim społeczeństwie nie mogło być dla nich miejsca), prowadzonych do bydłych wagonów na Umschlagplatz, a następnie wraz z Korczakiem skierowanych na niechybną śmierć w obozie koncentracyjnym. Po doświadczeniach nazistowsko-niemieckiego Holocaustu, który również dotknął dzieci wszelkiej etnicznej proveniencji pod okupacją niemiecką w trakcie II wojny światowej, współczesny świat zdaje się powracać do terminologii masowej zbrodni i zagłady, mówiąc o cichym holokaucie nienarodzonych i niechcianych dzieci.

Ta koniunkcja pojawiła się nader wcześniej – w swoich zapiskach w 1951 r. papież Pius XII, acz nie literalnie, suponował, iż „każde ludzkie życie, nawet dziecko w łonie matki, posiada prawo do życia” w kontekście „bezpośredniej destrukcji tak zwanego bezużytecznego życia, co praktykowano na szeroką skalę jeszcze kilka lat temu”, sugerując tym samym, iż wspieranie aborcji angażuje tę samą logikę eksplikacji, jaką stosowali naziści wobec „bezużytecznych społecznie”¹, których wręcz dosłownie utylizowali. Porównanie legalnego proceduru aborcji do Holocaustu czyni się jednak niechętnie i ostrożnie z racji poprawności politycznej i swego też zawłaszczenia

1 D.K. Williams, *Defenders of the Unborn: The Pro-Life Movement Before Roe v. Wade*, New York 2016, s. 38, 56, 97. Zob. też S. Kellmeyer, *Can we compare legal abortion to the Holocaust?*, Omaha Press February (2001), <http://blowthetrumpet.org/AbortionandtheHolocaust.htm>, dostęp: 25 kwietnia 2017.

terminu dla hekatomby narodu żydowskiego podczas II wojny światowej i obaw, poniekąd uzasadnionych, iż nadmierne posługiwanie się tym terminem w różnorodnych i dalekich kontekstach może zrelatywizować historycznie zagładę narodu wybranego. Lecz – jak uzasadniają obrońcy życia – w jak najbardziej ekspresywny i adekwatny sposób oddać hekatombę nienarodzonych choćby w USA – gdzie od czasu prawnego precedensu i wyroku Sądu Najwyższego w sprawie *Roe przeciwko Wade z Teksasu* oraz *Doe przeciwko Bolton z Georgii* w 1973 r., kiedy się okazało, że jedna z najbardziej trwałych sążni amerykańskiej demokracji nie chroni jednak dziecka, istoty ludzkiej przed urodzeniem – przeprowadzono około 60 mln legalnych aborcji². Wedle tomistycznej też zasady, że tam, gdzie pleni się zło, tam

-
- 2 N. McCorvey, jedna z najbardziej znanych proaborcyjnych „konwertytek”, zmarła w lutym 2017 r. w wieku 69 lat, w Katy, w Teksasie. Przypomnijmy: McCorvey, przede wszystkim znana jako 21-letnia „Jane Roe”, której głośna sprawa *Roe przeciwko Wade* (mniej znana analogiczna niemal sprawa *Doe przeciwko Bolton z Georgii*, w której zapadł podobny wyrok) doprowadziły do precedensowego wyroku Sądu Najwyższego w 1973 r. *de facto* legalizującego aborcję na życzenie w USA; od tego czasu szacuje się, iż dokonano unicestwienia około 60 mln nienarodzonych dzieci. Co istotne, sama McCorvey nigdy nie dokonała aborcji. W 1995 r. stała się chrześcijanką, a w 1998 r. wstąpiła do Kościoła Katolickiego, angażując się jednocześnie w ruch *pro-life* jako zdecydowany przeciwnik aborcji pod każdym względem. W wyjątkowym wywiadzie dla „WorldNetDaily” w 2001 r. podzieliła się swoją historią i do pewnego stopnia wyjaśniła, w jaki sposób została „wykorzystana” przez proaborcyjne prawniczki, aby zalegalizować aborcję. W wieku 21 lat Norma McCorvey była w ciąży ze swoim trzecim dzieckiem; dwoje wcześniejszych dzieci oddała do adopcji, nie chcąc w ten sposób rozstać się z trzecim dzieckiem, podjęła decyzję, że rozstanie się z nim w inny sposób, tj. za sprawą nielegalnej aborcji. W tym czasie jednak w Dallas zamknęto ostatnią klinikę, gdzie mógłby taki zabieg zostać przeprowadzony. Stąd McCorvey wymyśliła historię, iż została zgwałcona, oświadczyła to swojemu lekarzowi i dwóm prawniczkom. Podpisała oświadczenie składane pod przysięgą, zapewniające jej też klauzulę anonimowości i proces ruszył w życie. Kontakt z dwójką adwokatów (Sarah Weddington, która sama już wówczas była po zabiegu aborcji, oraz Linda Coffee) wynikał też z chęci przeprowadzenia aborcji. Obie adwokatki, które akurat ukończyły studia prawnicze, były żywo zainteresowane, aby podważyć obowiązujący prawny status aborcji w stanie Teksas. McCorvey wielokrotnie wskazywała, że była w sposób instrumentalny traktowana przez obie prawniczki, które intensywnie poszukiwały dla swojego precedensu jakiegokolwiek kobiety w ciąży chcącej usunąć dziecko. Nawet po finale całej sprawy Norma była lekceważona i ignorowana przez feministyczne środowiska kobiece, dobrze wyedukowane, wywodzące się w większości z renomowanych uniwersytetów Ivy League i od początku traktujące ją w sposób przedmiotowy. Sama McCorvey w wywiadzie z 1994 r. dla „New York Times” wspominała spotkanie z prawniczkami jako jedno z najbardziej traumatycznych chwil w swoim życiu. Po jakże daleko idącym w skutkach i rewolucyjnym wręcz wyroku Sądu Najwyższego McCorvey wiodła życie prywatne, nie ujawniając swej faktycznej roli w tej bezprecedensowej sprawie, gdzie występowała też pod przybranym imieniem. Przez lata była pracownikiem klinik aborcyjnych. Jej niespodziewana „konwersja” nastąpiła w 1995 r., kiedy Flip Benham, ówczesny szef Operation Rescue (Operacja na Ratunek), utworzył biuro w pobliżu klinik, gdzie pracowała, i zaprzyjaźnił się z nią – w przeciwieństwie do feministycznego i proaborcyjnego najbliższego jej otoczenia, od którego w pewnym momencie została uzależniona. Wielokrotnie później Norma podkreślała w wywiadach i oświadczeniach faktyczną manipulację kobietami przez środowiska

rodzi się też dobro: otóż realny i faktycznie zorganizowany ruch *pro-life* pojawia się właśnie w 1973 r., kiedy zaczęła się batalia sądowa w sprawie *Roe przeciwko Wade z Teksasu* oraz *Doe przeciwko Bolton z Georgii*.

Przywołany na początku motyw kultury i religii judaistycznej, której specyfikę tak praktycznie i nowatorsko wyzyskał w swoich koncepcjach pedagogicznych Janusz Korczak, wiąże się z tradycją o wiele dłuższą nawet niż chrześcijańska ochrona, opieka i podmiotowe podejście do każdego życia, a zwłaszcza dziecka; również tego nienarodzonego. Otóż warto szczególnie zauważyć, iż to, co wyróżniało z punktu widzenia religijnego i antropologicznego cywilizację Izraelitów (zanim powstało chrześcijaństwo) na tle choćby wielkich starożytnych i najstarszych narracji chińskich, greckich, rzymskich, egipskich etc., które choćby w aspekcie dzieci niechcianych, porzucanych, z nieprawego łoża, chorych i niepełnosprawnych podchodziły obojętnie, to otwarcie na życie i akceptacja jego najmniejszych form. Z punktu widzenia historii opieki nad dzieckiem to porzucanie dzieci do czasów pierwszych szpitali zakonu duchaków (duchaczek), ochronek, *brephotrophii*, *orphanotropheum*, obrotowych bębnow, kół czy muszli *concha marmorea* (ówczesny odpowiednik okien życia) i innych pierwowzorów form indywidualnej i instytucjonalnej opieki było specyfiką niemal wszystkich starożytnych i pierwotnych cywilizacji³.

Odstępstwem od tego było postępowanie Izraelitów. W Starym Testamencie nie ma bowiem opisów porzucania dzieci, lecz przeciwnie, gdy dziecko przychodziło na świat, w rodzinie żydowskiej panowała wielka radość. Jako pierwsza przeżywała tę radość matka, a ojciec, który nie mógł być obecny przy porodzie, gdy wchodził do mieszkania i brał niemowlę na ręce, uznawał je i potwierdzał jego prawe pochodzenie. Takiego oficjalnego uznania dziecka mógł także dokonać najstarszy mężczyzna z rodu. W Starym Testamencie posiadanie dzieci zapewniało honor i cześć rodzicom, stanowiło o sile i poszanowaniu rodziny przez innych ludzi, było traktowane jako znak błogosławieństwa Bożego⁴. To prawdopodobnie również nie przypadek, iż w masowym poruszeniu i aliansie sprzeciwu wobec liberalizacji prawa do aborcji obok Kościoła Katolickiego w USA stanęli ortodoksyjni żydzi: i tak

pro-choice, ich fałszywą troskę, zwłaszcza wobec matek znajdujących się często w granicznych sytuacjach. Zob. <http://www.wnd.com/2017/02/norma-mccorvey-jane-roe-of-roe-v-wade-passes-away/#iVlkuzv68RtsEA44.99>, dostęp: 26 marca 2017.

3 P. Aries, *Historia dzieciństwa*, tł. M. Ochab, Warszawa 2010, s. 65.

4 M. Filipiak, *Dziecko w Biblii*, [w:] *Dziecko*, red. W. Piwowski, W. Zdaniewicz, Warszawa–Poznań 1984, s. 5, 9. Za: B. Krajewska, *Okna życia w systemie opieki nad dziećmi*, Warszawa 2015, s. 62.

choćby w głośnym marszu z 16 kwietnia 1972 r. – wówczas obok katolików kluczowe przemówienie w Central Parku w Nowym Jorku wygłosił właśnie miejscowy rabin⁵.

Relacje totalnej akceptacji lub odrzucenia dziecka generują wcześniej czy później w historii człowieczeństwa dwa uzupełniające się czy też warunkujące się nawzajem fundamentalne spory: fenomen okien życia oraz proceder legalistycznego dopuszczania zabijania dzieci w łonach matek. Z obszerną wielopokoleniową już batalią o delegalizację lub ograniczenie zbrodniczego prawa aborcyjnego opinia publiczna niejako jest oswojona; mniej znany pozostaje stale spór środowisk neoliberalnych o fenomen i funkcjonowanie okien życia – paradoksalnie stroną kontestującą zasadność tego typu mechanizmów opiekuńczo-ochronnych staje się Komitet Praw Dziecka przy ONZ czy fundacja „Dzieci Niczyje” w Polsce⁶. Klasyczny już spór – liberalnego paradygmatu *pro-choice* (za wyborem), będący feministyczną supremacją niezbywalnych praw kobiety do totalnego decydowania o narodzinach swojego dziecka lub jego zabiciu, warunkując też etykę liberalną, z paradygmatem *pro-life* (za życiem) domagający się prawnej, konstytucyjnej ochrony każdego życia bez względu na jego stan, płeć, jakość, samodzielność, inne uwarunkowania – przenosi się niemal w podobnych proporcjach na spór-dyskusję o fenomen i funkcjonalność okiem życia, aczkolwiek, jak wynika z moich osobistych obserwacji, akceptacja okien życia wśród środowisk lewicowo-liberalnych wydaje się większa niż w przypadku wprowadzenia całkowitego zakazu aborcji.

Osobiście uważam, iż życie ludzkie, które można tak bezpośrednio uratować, jak poprzez instalację i otwarcie okna życia, warte jest każdego wysiłku, najmniejszego gestu poparcia, nacisku, wsparcia, choćby telefonu do urzędników, mediów, decydentów, instytucji, proboszczów etc. czy innych kompromisów. Nie ma w Polsce dotychczas takich badań ilościowych (lub nie są one dość spopularyzowane), które potwierdziłyby koronny argument przeciwników okien życia, iż te ostatnie zachęcają społecznie do pozostawiania, porzucania dzieci oraz tym samym oferują osamotnionym matkom rozwiązanie zbyt proste. W przeciwieństwie jednak do dziejów okien życia i ich różnych historycznych prototypów⁷ tego rodzaju miejsca

5 Por. D.K. Williams, *What You Don't Know About the Abortion Fight Before Roe v. Wade*, <http://time.com/4154084/anti-abortion-pre-roe/>, dostęp: 12 kwietnia 2017.

6 Zob. H. Drachal, *Kiedy matka porzuca dziecko*, „Głos Nauczycielski” nr 1 (2012), s. 13; K. Wisniewska, *Okna życia. Ratują czy szkodzą porzuconym dzieciom*, „Gazeta Wyborcza” nr 283 (2012), s. 3.

7 Por. Krajewska, *Okna życia...*, dz. cyt., s. 63–64, np. „Od VIII w. pod wpływem ideałów chrześcijaństwa tworzone zakłady mające na celu ocalenie porzucanych dzieci od śmierci oraz zapewnienie im wychowania. W 982 r. zakład taki powstał w Bergamo, w 1041 r. w Lublanie, a w 1198 r. w Rzymie, przy czym ten ostatni, utworzony przez papieża Innocentego III, charakteryzował się tym, że po raz pierwszy urządzono w nim koło, w którym kładziono porzucane dzieci, a urządzenie to było później wykorzystywane w podobnych miejscach. Istniał

opieki mogą stać się ostatnim kołem ratunkowym rzucanym w sytuacjach poporodowych, nieracjonalnych zachowań matek czy szansą na humanitarny odruch w hermetycznych, zdegenerowanych i patologicznych środowiskach. Miejscem porzucanych noworodków nigdy nie powinny być chodniki, wycieraczki, śmietniki, cmentarze, kanały czy lasy. Skoro jednak tak się dzieje, to jest wyrazistym objawem porażki naszej jedynie tylko technologicznie zaawansowanej cywilizacji. W tym miejscu warto przytoczyć słowa św. Matki Teresy z Kalkuty, laureatki Nagrody Nobla: „kto ratuje jedno życie, ten ratuje cały świat”⁸ – w swej symbolice kumulując kwintesencję przesłania teologii i etyki chrześcijańskiej.

Przypomnijmy tylko, iż okno życia jest specjalnie przygotowanym miejscem, umożliwiającym matkom, które nie mogą lub nie chcą opiekować się noworodkiem, anonimowe i bezpieczne pozostawienie go w nim. Choć coraz częściej w Polsce okna życia zakładają władze miejskie – jak kilka lat temu magistrat w Świętochłowicach (2013) – i powiatowe (organy zarządcze szpitali), to wciąż od samego początku (pierwsze okno życia otworzyły siostry nazaretanki 19 marca 2006 r. w Krakowie na ul. Przybyszewskiego 39)⁹ w zdecydowanej większości prowadzą je środowiska

także zwyczaj pozostawiania dzieci w marmurowych muszlach umocowanych przydomkach kościelnych – *concha marmorea*. Oddawano je następnie biskupowi lub proboszczowi, którzy spisywali protokół, po czym podczas nabożeństwa okazywali wiernym i zapytywali, czy ktoś nie chciałby się nad nim ulitować i przyjąć na wychowanie. Gdy nikt się nie zgłosił, umieszczano dzieci w zakładach kościelnych”.

- 8 Święta Matka Teresa z Kalkuty wielokrotnie publicznie kierowała przesłanie do współczesnego świata: „Jeżeli go [nienarodzonego dziecka] nie chcesz, nie zabijaj, daj mi je”, również skierowała okolicznościowy *List do Polaków* w 1995 r., kiedy wówczas w polskim parlamencie powróciła i ważyła się kwestia ochrony życia podważona przez lewicowo-liberalną większość; „Jak już wielokrotnie mówiłam w wielu miejscach, tym, co najbardziej niszczy pokój we współczesnym świecie, jest aborcja – ponieważ jeżeli matka może zabić swoje własne dziecko, co może powstrzymać ciebie i mnie od zabijania się nawzajem? Najbezpieczniejszym miejscem na świecie powinno być łono matki, gdzie dziecko jest najstarsze i najbardziej bezradne, w pełni zaufania całkowicie zdane na matkę. I pamiętajcie, że Jezus powiedział: »Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci -moich najmniejszych, Mnieście uczynili« (Mt 25,40)”, <http://wiadomosci.onet.pl/swiat/aborcja-list-matki-teresy-z-kalkuty-do-polakow-z-1996/90l73c>, dostęp: 29 kwietnia 2017.

- 9 Pierwsze krakowskie okno życia powstało przed pierwszą rocznicą śmierci Jana Pawła II i miało być hołdem oddanym polskiemu Papieżowi za jego wielorakie zaangażowanie w obrońcę życia. Warto tu przytoczyć okolicznościowe słowa kardynała Stanisława Dziwisza, który nie bez powodu podniósł kilka kluczowych wątków – sprawa opieki samotnej matki i dziecka oraz kontekst uczynku miłosierdzia – w dyskusji na temat zasadności okien życia, jaka dotarła do Polski w ciągu ostatnich lat. Sam kardynał, będąc większość swojego życia poza Polską, znał prawdopodobnie meandry tej dyskusji toczony właśnie w zachodnich Kościołach i społeczeństwach. Dlatego mówił: „(...) dziecko wyrzucone na śmietnik nie może nie wstrząsnąć naszym sumieniem. Okno życia jest odpowiedzią Kościoła na tragedię. To konkretny uczynek miłosierdzia, wołanie o odpowiedzialne macierzyństwo i ojcostwo. To wymowne świadectwo, że nigdy nie wolno przejść obojętnie obok dramatu matki i dziecka”. Cyt. za: A. Homan, *Kacperku, przepraszam Cię*, „Gość Krakowski” nr 11 (2011), s. 5.

katolickie – siostry zakonne, stowarzyszenia i fundacje *pro-life*, a zwłaszcza Caritas, na którego stronach internetowych można nawet znaleźć stałą zakładkę-link do okien życia¹⁰. Koszty finansowe instalacji i utrzymania okien życia są wręcz niewielkie. Przygotowanie takiego miejsca i instalacja, tj. zakup, dwustronnych okien (z jednostronną blokadą), łóżeczka z pościelą, inkubatora z instalacją i podłączeniem dzwonka lub (coraz częściej) pilota, Caritas zamyka w kwocie 10 tys. zł.

Wracając do dyskursu na temat fenomenu okien życia, należy spróbować opisać definicyjnie i fenomenologicznie zjawisko okien życia w Polsce. Jak pisze Beata Krajewska, jak dotąd autorka najpoważniejszej publikacji nt. okien życia w Polsce: „okna życia są instytucjami opieki nad dziećmi w pierwszym okresie ich życia, które przyczyniają się do ratowania ich życia i zdrowia, gdy ich rodzice, a zwłaszcza matki, znaleźli się w skrajnie niekorzystnym układzie losowym, którego nie są w stanie przezwyciężyć albo nie chcą tego zrobić inaczej niż poprzez rezygnację z rodzicielstwa, a w konsekwencji – rezygnację ze sprawowania opieki nad dzieckiem, ale jako ostatni akt opieki zanoszą je do okna życia. Okna życia mają wymiar intencjonalny, przy czym intencją ich istnienia jest dawanie alternatywy zarówno dla porzucenia dziecka, jak i pozostawienia go w innym miejscu, zwłaszcza w szpitalu”¹¹.

Dotychczasowe funkcjonowanie okien życia w Polsce pokazuje, iż są to miejsca stosunkowo bezpieczne dla dzieci; zresztą okres przebywania w takim oknie jest raczej krótki – około kwadransa. Zdarzają się przypadki pozostawienia noworodka wychłodzonego, zmarzniętego lub przypadki pozostawienia martwego dziecka, pojawił się przypadek nie odratowania noworodka-wcześnieaka we wrocławskim oknie¹². Okres spędzony przez pozostawionego noworodka na mrozie, w upale, na śmietniku, lesie (to skazuje go na śmierć np. ze strony dzikich zwierząt) jest swoistym kwadransem śmierci.

Procedura odbioru dziecka z okna życia jest ustandaryzowana. Mimo iż porzuconym dzieckiem najczęściej opiekują się siostry zakonne lub inne osoby związane z Kościołem Katolickim, to dzieci nikt nie może w żaden sposób *ad hoc* adoptować czy przetrzymywać bez uregulowania statusu prawnego dziecka. Siostry zakonne, bo to one wciąż w przeważającej mierze w Polsce prowadzą okna życia, po znalezieniu dziecka od razu zawiadamiają pogotowie i trafia ono do szpitala, następnie powiadamiany jest miejscowy sąd opiekuńczy (wymaga to od każdego, kto znajduje noworodka, art. 572 § 1 k.p.c.), w przypadku np. krakowskiego okna życia siostry zawiadamiają też jednocześnie ośrodek adopcyjno-opiekuńczy. Procedura prawna

10 Zob. <http://www.caritas.pl/dzialania-w-polsce>, dostęp: 7 maja 2017.

11 B. Krajewska, *Okna życia...*, dz. cyt., s. 43.

12 D. Łosiewicz, *Okno życia. Kołyska dla porzuconych*, „wSieci” nr 16 (229) (2017), s. 47.

następnie jest taka sama jak w przypadku porzucenia w szpitalu, gdy matka wyrazi zgodę na tzw. adopcję blankietową, bez wskazywania osoby przysposabiającej. Ponadto policja monitoruje przypadki zostawienia dziecka w oknach życia. Nie zdarzyło się dotąd, aby kiedykolwiek matkę dziecka penalizowano za pozostawienie go w oknie życia, a co więcej – są przypadki, jak z Zamościa czy Wrocławia, gdy po pewnym czasie po dziecko zgłosili się zreflektowani naturalni rodzice (rodzice dzieci zostawionych oknach życia również często interesują się losem pozostawionego dziecka).

Poruszyliśmy już tutaj pierwszy aspekt prawny, który dotyczy podmiotu, do którego są skierowane okna życia, ale powstanie i instalacja takiej jednostki opiekuńczej¹³ generuje uwarunkowania prawne, o które wcześniej czy później zapyta opinia publiczna. Przy niektórych oknach życia w Polsce znajduje się szczegółowa instrukcja i opisana procedura tego, co się stanie z dzieckiem tam pozostawionym. Przejrzystość i klarowność działań okien życia powinna być szczególnie podjęta z racji nie tylko narastającej krytyki przeciwników okien życia, lecz także zatrważających, choć niewyjaśnionych do końca doświadczeń irlandzkiego przypadku ośrodka dla niezamężnych matek z Tuuam w zachodniej Irlandii, prowadzonego w latach 60. ubiegłego wieku przez siostry ze Zgromadzenia Matki Bożej Wspomożenia Wiernych czy ujawnianych po latach skandalach pedofilskich i procederze handlowania noworodkami podczas prawicowych dyktatur w Hiszpanii czy Argentynie¹⁴. Tym bardziej więc aspekty okołoprawne warto są przytoczenia i powtórzenia, gdyż okna życia wciąż czekają na swoje autorskie miejsce w polskim ustawodawstwie.

13 Trafną analizę formalną przeprowadza B. Krajewska: „Okna życia są formalnymi instytucjami opieki, w odróżnieniu od nieformalnej jej postaci, tj. w szczególności udzielanych w ramach dalszej rodziny bądź też przez inne osoby, gdyż działają one według określonych zasad. Nie są jednak, w odróżnieniu od tworzonych przez państwo instytucji opieki, podmiotami sformalizowanymi, ponieważ ich otwieranie jest dobrowolne, jak też nie odnoszą się do nich wprost regulacje prawne. Ich funkcja ogranicza się, w porównaniu z innymi instytucjami opiekuńczymi, tylko do sprawowania opieki, bez kompetencji w zakresie wychowania. Realizują one jednak, czego zasadniczo nie czynią inne instytucje systemu opieki, zadania ratownicze na pierwszym etapie życia dzieci... nie są one bowiem w ogóle placówkami opiekuńczo-wychowawczymi w rozumieniu aktualnego systemu opieki, gdyż katalog tych placówek jest określony przez prawo i zamknięty, a jedynie w pewnym sensie okna życia są do placówek takich podobne w zakresie ich faktycznych funkcji ratowniczych. Okna życia współtworzą więc system instytucji opieki nad dziećmi, w którym to systemie przypada im szczególna rola” (*Okna życia...*, dz. cyt, s. 53–54).

14 I.M. Rubio, *Robo y tráfico de niños en la España de Franco*, „Teldeactualidad”, <http://www.teldeactualidad.com/hemeroteca/articulo/opinion/2011/01/09/5679.html>, dostęp: 2 maja 2017.

Spośród uwarunkowań prawnych dotyczących statusu okien życia zasadnicze znaczenie w tym zakresie ma ustawa z 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. W świetle jej przepisów podmiotami wsparcia rodziny, w szczególności w zakresie opiekuńczym, są m.in. asystenci rodziny, których wymogi formalne, powoływanie oraz kompetencje określają art. 12–17 tego aktu prawnego. Podobną rolę odgrywają także placówki wsparcia dziennego, których dotyczą art. 18–28 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, a które prowadzone są w formie opiekuńczej jako koła zainteresowań, świetlice, kluby i ogniska wychowawcze.

Dziś rozwiązania prawne określają procedurę objęcia ochroną dziecka pozostawionego w oknie życia. Dziecko przebywa najpierw w szpitalu (trwa to do 2 tygodni), następnie sąd przekazuje je rodzinie zastępczej, czyli zawodowo zajmującej się opieką nad dziećmi, a jednocześnie informuje ośrodek adopcyjno-opiekuńczy, który prowadzi listy rodzin oczekujących na dzieci do adopcji. Czasami malec wprost trafia do takiej rodziny (do tzw. preadopcji). Należy pamiętać, iż w polskim systemie prawnym art. 38 Konstytucji RP zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia. Z kolei art. 72 ust. 2 ustawy zasadniczej zapewnia dziecku pozostawionemu w oknie życia prawo do opieki i pomocy władz publicznych. W oparciu o art. 52 ust. 1 ustawy – Prawo o aktach stanu cywilnego¹⁵ akt urodzenia, jeżeli rodzice się nie znajdują, sporządzony zostanie na podstawie orzeczenia sądu opiekuńczego. Dzięki właśnie oknom życia możliwa staje się pełna i transparentna procedura przysposobienia, a potem adopcji dziecka, pod warunkiem że w międzyczasie po dziecko nie zwrócą się naturalni rodzice, a sąd przyzna lub podtrzyma im prawo rodzicielskiej opieki.

Szacuje się, iż od czasu powstania pierwszego okna życia w 2006 r. w Krakowie uratowano w Polsce życie stu kilkudziesięciu noworodkom w bardzo różnych okolicznościach. W zależności od miejsca, sytuacji lokalnych i społecznych w ciągu roku do jednego takiego okna trafia zaledwie kilkoro dzieci, do niektórych z nich od czasów ich otwarcia na szczęście – jak podkreślają niektórzy – nie trafiło jeszcze żadne dziecko. Sucha statystyka pokazuje, iż generalnie Polska wciąż stanowi swoisty społeczny prodzięk i prorodzinny „ekosystem”, gdzie dzieci się szanuje i chroni, a społeczeństwo wydaje się wrażliwe na los dzieci i matek; jakkolwiek paradoksalnie te najbardziej bezbronni dzieci, bo nienarodzone, jeszcze w łonach matek, a na swoje nieszczęście chore, takiej pełnej i komplementarnej ochrony wciąż nie mogą się doczekać, mimo już trzech prób zmian legislacyjnych w latach 2007–2016 (oficjalne dane z Ministerstwa Zdrowia wskazują, że liczba legalnych

15 Dz.U. 2004 nr 161 poz. 1688.

aborcji głównie z powodów eugenicznych zaczyna przekraczać tysiąc rocznie)¹⁶. Jednak jak w każdym społeczeństwie i środowisku rzadko, lecz pojawiają się zachowania patologiczne i naganne; często – jak w przypadku porzucenia noworodka – działa splot różnych uwarunkowań, które niełatwo jednoznacznie ocenić. Dlatego każda władza odpowiedzialna za swoich obywateli powinna – zgodnie z interpretacją prawną sędziego Sądu Okręgowego w Kaliszu (prof. dr. hab. Henryka Haaka) w odniesieniu do kontekstu prawnego funkcjonowania okien życia – „zapewnić prawo do opieki i pomocy władz publicznych każdemu noworodkowi porzuconemu przez rodziców”¹⁷.

Warto też wrócić do porównań pomiędzy formami ochrony życia nienarodzonego a formami instytucji ochrony i opieki życia narodzonego. Okna życia przede wszystkim sprawują opiekę interwencyjną wobec już zaistniałego, ale wciąż bezbronego, kruchego i zagrożonego życia noworodka, a w szerszej perspektywie – profilaktyczną, gdyż możliwość pozostawienia dziecka w takim miejscu zapobiega ewentualnemu jego porzuceniu¹⁸, a w dalszej konsekwencji – jego śmierci. Jak trafnie zauważa pedagog społeczny – opieka okien życia ma charakter społeczny, ponieważ okien życia nie zakładają i nie prowadzą pojedyncze, prywatne osoby. Dlatego też generowany jest również ważny aspekt edukacyjno-profilaktyczny; odbiór funkcjonowania takich punktów opiekuńczo-interwencyjnych w polskim społeczeństwie wciąż jest pozytywny. W polskim społeczeństwie okna życia budzą afirmację, uznawane są za miejsca, instytucje konotujące nadzieję, radość, opiekę, ratunek, ale jednocześnie smutek i refleksję nad przyszłym losem odnajdywanych dzieci.

Na podstawie doświadczenia zmagania i starań o okno życia w Opolu – na razie niestety zakończonych fiaskiem – śmiem twierdzić, iż akceptacja społeczna i tym samym linia podziału za i przeciw przechodzi synchronicznie pośród środowisk, które w przypadku uszczelnienia prawnej ochrony dziecka nienarodzonego i zaostrenia prawa antyaborcyjnego znajdują się naprzeciwko stanowisk dyskur-

16 Liczba aborcji dokonywanych w Polsce nieustannie rośnie, według danych Ministerstwa Zdrowia siedmiokrotnie w ciągu 14 lat ze 139 (2000 r.) do 971 (2014 r.), a dane NFZ z 2014 r. wskazują nawet liczbę 913 refundowanych aborcji. Zgodnie z danymi NFZ w 2015 r. liczba aborcji była jeszcze wyższa i wyniosła 1998. Dane te pochodzą z odpowiedzi na wniosek o dostęp do informacji publicznej oraz zamieszczane są w corocznym sprawozdaniu Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania ustawy z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Cyt. za: K. Jusińska i in., *Główne założenia projektu inicjatywy obywatelskiej „Stop aborcji”. Równa ochrona prawna dla każdego dziecka zarówno przed, jak i po urodzeniu*, Warszawa [b.d.w.], s. 2.

17 Za: <https://www.archiwum.rp.pl/artukul/1011266-Dziecko--w-oknie-zycia.html>, dostęp: 7 maja 2017.

18 Por. B. Krajewska, *Okna życia...*, dz. cyt., s. 35–36.

su legislacyjno-politycznego. W przypadku Opola do idei i powstania jedyne go w województwie opolskim okna życia nie udało się jak dotąd (2017 r.) przekon ać decyzyjnych środowisk kościelnych, Caritasu i lokalnych zakonów; szybciej wydawały się gotowe i przekonane do tego przedsięwzięcia opiekuńcze instytucje samorządowe¹⁹.

W jedynych jak dotąd znanych mi i rzetelnie przedstawionych polskich bada niach społecznych, choć przeprowadzonych na zamkniętej i środowiskowej gru pie – studentów pedagogiki dwóch polskich uczelni z regionu mazowieckiego: Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie i Szkoły Wyższej im. Pawła Włodkowica w Płocku – dotyczących emocji, jakie towarzyszą funkcyjono waniu okien życia w Polsce, przeważają oceny pozytywne²⁰. Zdecydowana więk szość badanych w tej grupie deklaruje poparcie dla idei okien życia²¹, odnosząc się jednocześnie neutralnie do moralnej oceny postaw matek pozostawiających swoje dzieci w oknach życia, co jest nieproporcjonalne w stosunku do ocen kobiet, które dokonały aborcji. Okna życia sprawują *stricte* opiekę zdrowotną, a *sensu largo* wręcz *pro-life*. Ma ona charakter opieki całkowitej, gdyż w momencie powierzenia dziecka oknu życia to jego opiekunowie ponoszą całkowitą odpowiedzialność z dziecko, a ze względu na czas jej trwania ma ona charakter opieki doraźnej, ponieważ dziecko z okna życia w bardzo krótkim czasie (pół godziny, godzina) przekazywane jest przez opiekunów okna życia służbom medycznym, które zbierają je do szpitala²².

Coraz częściej się słyszy głosy, iż okna życia, podobnie jak inne formy adop cji formalnej, dziecka stają się pośrednio narzędziem o potencjale redukcji zabiegów zabicia dziecka w łonie matki, czyli tzw. aborcji. Perspektywa oddania, pozostawienia dziecka w sposób całkowicie dyskretny i anonimowy w bezpiecz nym miejscu, dającym perspektywę przeżycia, a w przyszłości być może szczęścia osobistego dziecka w dorosłym życiu po indywidualnej adopcji, z pewnością może uchronić zarówno kobiety, jak i dzieci przed najgorszym rozwiązaniem – aborcją. Pozostawienie dziecka w oknie życia nie jest pożądanym standardem społecznym, ale powszechnym objawem zachowań współczesnego społeczeństwa przychodzą cego z pomocą najsłabszym jednostkom. Okna życia nie są jakimś szczególnym osiągnięciem cywilizacyjnym, lecz wyrazem wciąż moralnej niedoskonałości współ czesnej cywilizacji.

19 Por. np. <http://opole.gosc.pl/doc/3517514>. Krok-dalej, dostęp: 8 maja 2017.

20 B. Krajewska, *Okna życia...*, dz. cyt., s. 223. Por. cały rozdział „Okna życia w perspektywie społecznej” (s. 201–227).

21 Tamże, s. 226.

22 Tamże, s. 36.

Jeszcze nie tak dawno odnaleźć można było w literackich opisach pejoratywnie przedstawiany topos znajdy, dziecka porzuconego, choćby w słynnym zaprzeczaniu bohatera Reymontowskich „Chłopów” parobka Kuby przed księdzem-dobrodziejem, kiedy zarzekał się, że nie jest tam jakimś znajdą („nie *znajda* żaden”), co oddawało też społeczny i masowy problem porzucania dzieci niechcianych, a zwłaszcza tych z nieprawego łoża, jeszcze na początku XX w. Dzisiaj, we współczesnym społeczeństwie problem stygmatyzacji dziecka adoptowanego czy z tzw. bidula – miejmy nadzieję – odchodzi bezpowrotnie do niechlubnej przeszłości. Być może ten stosunek przeobraża się również dzięki istniejącej oficjalnie w Polsce od nie tak dawna sieci okien życia.

PORONIENIE Z PERSPEKTYWY TEOLOGICZNOMORALNEJ

Język łaciński terminem *abortus* zwykł określać przedwczesne zakończenie ciąży najczęściej na jej początkowym etapie – niezależnie od sposobu, w jaki ono nastąpiło¹. W języku polskim przyjęło się najczęściej rozróżniać poronienie od aborcji. To pierwsze oznacza śmierć rozwijającego się płodu, która następuje w sposób spontaniczny. Aborcja z kolei jest rozumiana najczęściej jako ingerencja chirurgiczna mająca na celu przerwanie rozwoju płodu oraz jego usunięcie z organizmu kobiety. W niektórych opracowaniach bywa jednak ona określana także mianem poronienia sztucznego. Widać zatem, że w dziedzinie będącej przedmiotem niniejszej analizy występuje swego rodzaju chaos terminologiczny.

Z niewielką pomocą przychodzą definicje prawne. Według rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania² mianem poronienia określa się „wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 6 dni)”. Tym samym poronienie zostaje rozróżnione od urodzenia martwego. Termin ten określa „całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, o ile nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli”.

W niniejszym opracowaniu opisane zostaną obie sytuacje. Przedmiotem analizy będzie śmierć dziecka poczętego niezależnie od czasu jej zaistnienia. Nie ma on

1 Por. A. Jougan, *Słownik kościelny łacińsko-polski*, Poznań–Warszawa–Lublin 1958, s. 5.

2 Dz.U. 2014 poz. 177.

bowiem istotnego znaczenia dla kwestii będących przedmiotem zainteresowania teologa moralisty.

Śmierci rozwijającego się dziecka bardzo często towarzyszy poczucie winy lub nawet wyrzuty sumienia. Uczucia te dotyczą przede wszystkim matki. Nierzadkie są jednak sytuacje, że doświadczają ich także inni członkowie rodziny bądź osoby najbliższe. Nie zawsze jednak korespondują one rzeczywistą winą i wiążą się z odpowiedzialnością moralną za zaistniałą sytuację. Teologia moralna, zajmując się analizą aktów ludzkich (czynów podejmowanych w sposób w pełni świadomy i całkowicie dobrowolny), pragnie wyznaczyć odpowiedzialność człowieka za poszczególne czyny. Jej zadanie jest szczególnie doniosłe, gdy ten akt wiąże się z poważnymi skutkami, do których niewątpliwie należy śmierć człowieka. Trzeba jednak zauważyć, że nie każde przerwanie rozwoju dziecka poczętego jest skutkiem wolnego i świadomego działania. W takiej sytuacji nie wiąże się ono z winą moralną albo odpowiedzialność moralna jest zmniejszona.

Aby te kwestie uporządkować, należy przeanalizować wybrane zjawiska, które zwykło określać się mianem poronienia. Artykuł zostanie zatem podzielony na cztery części. Pierwsza podejmie analizę poronień samoistnych. Kolejna przedstawi kwestię doprowadzenia do poronienia przez określone działanie lub zaniedbanie. Trzeci paragraf stanowić będzie analiza sytuacji, w której kobieta ciężarna bądź inna osoba podejmuje działanie w celu spowodowania poronienia. Zwieńczeniem rozważań będzie opis poronienia, które jest skutkiem ubocznym podjęcia przez matkę terapii niektórych chorób. Jest to o tyle istotne, że takie rozróżnienie pozwoli określić zakres odpowiedzialności moralnej za istnienie poronienia. Niniejszy artykuł nie będzie odnosić się do przeprowadzania aborcji rozumianej jako ingerencja chirurgiczna, a określanej także niekiedy mianem sztucznego poronienia. Temu zagadnieniu poświęcono bowiem znaczną liczbę opracowań³.

1. PORONIENIE SAMOISTNE

Wśród rodzajów poronienia na pierwszym miejscu należy wymienić poronienie samoistne. Strata ciąży na wczesnym etapie jest immanentnym elementem ludzkiej prokreacji. Wynika to z prostego faktu, że nie wszystkie komórki, które biorą udział w akcie poczęcia nowego życia, mają prawidłową budowę i funkcjonalność, co gwarantowałoby bezproblemowe połączenie gamet i dalszy rozwój człowieka.

3 Por. np. T. Ślipko, M. Starowieyski, A. Muszala, *Aborcja. Spojrzenie filozoficzne, teologiczne, historyczne i prawne*, Kraków 2010.

Błędy w rozwoju mogą pojawiać się także na kolejnych etapach rozwoju i być uwarunkowane zarówno po stronie matki, jak i płodu⁴.

Według danych szacunkowych poronienie nie jest zjawiskiem rzadkim. W naturalnym procesie zapłodnienia aż 20–60% zygot nigdy nie implantuje się w ścianie macicy. Na kolejnych etapach ciąży ryzyko to systematycznie maleje. Około 30% poronień ma charakter idiopatyczny, czyli nie można ustalić przyczyny ich zaistnienia. W pozostałych przypadkach do najważniejszych przyczyn należą trisomie autosomalne uniemożliwiające prawidłowy rozwój zarodka. Istotne znaczenie mają także wady macicy, zrosty w obrębie dróg rodnych, zespół wielotorbielowatych jajników, infekcje i choroby przebiegające z wysoką gorączką oraz czynniki immunologiczne (wysoka zgodność antygenów HLA u rodziców). Ryzyko poronienia wzrasta w przypadku cukrzycy, niedoczynności tarczycy oraz przewlekłych chorób serca, wątroby i nerek⁵.

Te dane jednak dla teologa moralisty nie są najważniejsze. Najbardziej istotnym stwierdzeniem jest, że natura nie jest podmiotem moralnym i wszelkie działanie spontaniczne o charakterze naturalnym nie może być przedmiotem oceny moralnej⁶. Stwierdzenie to należy w całej rozciągłości odnieść także do poronienia. Wiąże się to z poważnym wyzwaniem dla duszpasterzy, do których często zwracają się z prośbą o duchową pomoc rodzice, którzy doświadczyli straty dziecka. W takim przypadku pierwszorzędnym obowiązkiem duszpasterza byłoby uświadomienie rodziców, że nie ponoszą oni żadnej winy i tym samym odpowiedzialności moralnej za śmierć dziecka. Jest to tym bardziej istotne, że rodzice, zwłaszcza matka, często tkwią w subiektywnym poczuciu winy, które wiąże się często z innymi problemami o charakterze psychicznym czy duchowym.

Należy zauważyć, że znaczna część zaburzeń będących powodem poronień może być w sposób skuteczny diagnozowana i poddawana leczeniu. Za godny uznania należy uznać postęp w zakresie ginekologii, położnictwa i genetyki, który umożliwia ponowne poczęcie i urodzenie dziecka. Rzetelne badania wykazały, że dużą skuteczność terapii tego rodzaju zaburzeń wykazuje naprotechnologia, której istotnym walorem jest przede wszystkim dokładna diagnoza przyczyn niemożności poczęcia lub zaistnienia nawracających poronień⁷.

4 Por. M. Gabryś, *Poronienie samoistne i sztuczne – ujęcie biologiczne*, „Życie i Płodność”, nr 1 (2011), s. 6.

5 A. Barczak, *Przebrane narodziny – czyli rzecz o poronieniach*, „Życie i Płodność”, nr 4 (2008), s. 85–86.

6 Por. T. Kraj, *Wokół dyskusji na temat zapłodnienia in vitro*, „Teologia i Moralność”, nr 4 (2008), s. 116.

7 Por. P. Marzec, *Naprotechnologia. Nowoczesna troska o płodność*, Tarnów 2015, s. 162.

2. DOPROWADZENIE DO PORONIENIA PRZEZ ZANIEDBANIE (MORALNYCH OBOWIĄZKÓW)

Nie wszystkie poronienia mają charakter spontanicznych procesów naturalnych. Niektóre z nich są wywołane przez określone działania bądź ich zaniechanie ze strony człowieka, w tym szczególnie ze strony matki. Takie sytuacje domagają się szczególnej uwagi teologa moralisty, która pozwoli określić dokładnie zakres odpowiedzialności poszczególnych osób.

Relatywnie często jako przyczynę zaistnienia poronienia wskazuje się niewłaściwy sposób odżywiania w ciąży. Należy zadbać przede wszystkim o podaż takich substancji, jak kwas foliowy, cynk, wapń, jod oraz witaminy A, C i E. Nie można także zapominać, że istnieją pokarmy, które są szczególnie niebezpieczne dla płodu. Wśród nich należy wymienić surowe mięso, zanieczyszczone warzywa oraz owoce morza, które mogą być zainfekowane pierwotniakami. Zakażenie jest szczególnie niebezpieczne w pierwszym trymestrze. Często wtedy na jego skutek dochodzi do poronień. Infekcja w późniejszym czasie grozi natomiast poważnymi uszkodzeniami mózgu i narządów wzroku płodu. Niebezpieczna może być także konsumpcja serów pleśniowych zawierających niektóre szczepy bakterii⁸.

Szczególne zagrożenie dla płodu wiąże się z zażywaniem substancji psychoaktywnych. Niebezpieczeństwo stanowią w jednakowej mierze narkotyki, papierosy i alkohol. Jego źródło może tkwić zarówno w przewlekłym, jak i jednorazowym ich stosowaniu. Substancje te mają silne działanie toksyczne. Praktyka wskazuje ponadto, że osoby uzależnione nie potrafią całkowicie odstawić używek na czas ciąży. Ich organizmy odznaczają się słabym zdrowiem, są niedożywione oraz podatne na zakażenia. Już to sprawia, że nawet całkowita abstynencja podczas ciąży nie zwiększa w znaczny sposób szans na urodzenie zdrowego dziecka⁹.

Ostrożność należy zachować także podczas aktywności fizycznej i wykonywania różnorodnych prac. Choć ruch w ciąży jest konieczny dla zapewnienia właściwego funkcjonowania organizmu, to jednak zalecane jest ograniczenie podejmowania nadmiernego wysiłku czy szczególnie obciążających zajęć.

Poronienie jest niekiedy także konsekwencją lekceważenia zaleceń lekarskich. W przypadku niektórych zaburzeń przebiegu ciąży konieczne jest znaczne ograniczenie aktywności fizycznej. Niekiedy wskazane jest nawet ograniczenie do mini-

8 Por. A. Durka, *Wpływ odżywiania na niepowodzenia położnicze*, [w:] *Przebrane narodziny. Strata ciąży w aspekcie psychologicznym, socjologicznym, medycznym i etycznym*, red. E. Dmoch-Gajzlerska, I. Barton-Smoczyńska, Warszawa 2012, s. 17–19.

9 Por. M. Chruściel, *Zagrożenia dziecka poczętego: narkotyki, alkohol, tytoń*, „Życie i Płodność”, nr 4 (2008), s. 48–50.

mum chodzenia, co często wiąże się hospitalizacją. Dla wąskiej grupy kobiet jest to bardzo poważne wyzwanie¹⁰.

Należy wskazać, że opisane zachowania stanowią przejaw braku odpowiedzialności. Podczas ciąży kobieta jest bowiem odpowiedzialna nie tylko za siebie i swój stan zdrowia, lecz także – nade wszystko – za rozwijające się dziecko, które ze względu na niedojrzałość poszczególnych narządów i szczególną zależność od organizmu matki jest narażone na różnorakie niebezpieczeństwa. Niektóre naturalne zagrożenia dla poczętego dziecka stają się bowiem szczególnie groźne, gdy łączą się z brakiem odpowiedzialności i beztroską matki. Zaniedbanie na tej płaszczyźnie jest wyraźnym naruszeniem piątego przykazania Bożego. Ocena moralna zaś wiąże się przede wszystkim ze stopniem umyślności takiego działania. Wydaje się, że relatywnie rzadko można mówić o całkowitym braku odpowiedzialności moralnej. Nie można jednak przypisać także pełnej odpowiedzialności, podobnie jak w przypadku aborcji bezpośredniej¹¹.

Okolicznością zmniejszającą odpowiedzialność może być także ignorancja. Teologia moralna zwykła wyróżniać jej dwa rodzaje. Niewiedza niepokonalna (niezawiniona) ma miejsce, gdy przy dobrej woli podmiotu nie można jej usunąć, toteż za czyn lub zaniedbanie podjęte w takim stanie człowiek nie ponosi odpowiedzialności. Wydaje się, że współcześnie zaistnienie takiej sytuacji należy rozpatrywać w kategoriach raczej teoretycznych. Informacje na temat przebiegu ciąży i właściwej profilaktyki dostępne są bowiem w licznych poradnikach i na wielu stronach internetowych. Można także zasięgnąć porady lekarza ginekologa lub położnej, pod których opieką znajduje się niemal każda kobieta ciężarna. W tym kontekście można zatem mówić jedynie o możliwości zaistnienia ignorancji pokonalnej (zawinionej), która nie znosi, lecz może łagodzić odpowiedzialność za działanie podjęte w jej stanie¹².

3. CELOWE WYWOŁANIE PORONIENIA

Nie brakuje jednakże sytuacji, w których poronienie jest działaniem w pełni zamierzonym i zostaje wywołane w sposób celowy. Na blogach i forach internetowych można odnaleźć liczne porady, w jaki sposób samodzielnie doprowadzić do poronienia. Opierają się one najczęściej na przedawkowaniu środków medycznych

10 Por. M. Gabryś, *Poronienie samoistne...*, dz. cyt., s. 6–7.

11 Por. J. Nagórny, *Zaniedbanie i przemoc u źródeł współczesnych zagrożeń życia i zdrowia*, [w:] *Ad libertatem in veritate. Księga pamiątkowa dedykowana Księdzu Profesorowi Alojzemu Marcolowi*, red. P. Morciniec, Opole 1996, s. 287–289.

12 Por. A. Derdziuk, *Struktura i uwarunkowania czynu ludzkiego*, [w:] *Abyśmy się stali synami Bożymi. Księga pamiątkowa dedykowana księdzu profesorowi Marianowi Graczykowi SDB w 70. rocznicę urodzin*, red. I. Mroczkowski, J. Sobkowiak, Warszawa 2011, s. 323–324.

zarówno sprzedawanych wyłącznie na receptę, jak i ogólnodostępnych czy podjęciu nadmiernego wysiłku fizycznego związanego z określoną konfiguracją ruchów¹³. Według znawców tematu część z nich nie opiera się na rzeczywistych przesłankach i w gruncie rzeczy nie niesie niebezpieczeństwa dla życia dziecka poczętego. Inne z kolei stanowią realne zagrożenie dla niego¹⁴.

Po tego rodzaju działania sięgają najczęściej kobiety pragnące z różnych przyczyn dokonać aborcji, gdy nie istnieją legalne przesłanki poddania się tej procedurze. Należy zauważyć, że ich konsekwencją są nie tylko śmierć dziecka, lecz także poważne komplikacje zdrowotne i powikłania, które prowadzą często do takich skutków, jak późniejsza niepłodność czy nawet zgon matki. Podejmowanie takich prób przez kobiety jest dla niektórych środowisk liberalnych i permissywnych inspiracją dla domagania się zmian w prawie, które miałyby na celu całkowitą legalizację lub przynajmniej depenalizację przerywania ciąży¹⁵.

W omawianej kwestii nauczanie Kościoła i utrzymujących z nim jedność teologów moralistów jest całkowicie jednoznaczne. Wyraził je Jan Paweł II i ma ono charakter orzeczenia bliskiego dogmatowi. Stwierdza, że każde bezpośrednie przerywanie ciąży jest poważnym wykroczeniem moralnym, gdyż stanowi zabójstwo niewinnej istoty ludzkiej. W tym wypadku śmierć dziecka jest bowiem w pełni zamierzona jako cel i jako skutek¹⁶.

Należy wskazać na jeszcze jeden problem moralny związany z tego rodzaju działaniem. Niesie ono bowiem ze sobą pewne złudzenie, że człowiek coraz mniej odpowiada za ten czyn, skoro można go dokonać bez współudziału personelu medycznego. Tym samym możliwe i praktykowane jest wykonywanie przerywania ciąży bez żadnej społecznej kontroli i odpowiedzialności karnej¹⁷.

Należy zauważyć, że intencjonalne doprowadzenie do śmierci rozwijającego się dziecka jest nie tylko poważnym wykroczeniem moralnym i powinno być rozpatrywane w kategoriach grzechu ciężkiego. Jest ono także przestępstwem w myśl prawa kanonicznego, które jest związane z najpoważniejszymi karami. Kwestię tę reguluje Kodeks prawa kanonicznego, który stwierdza: „Kto powoduje przerywanie ciąży, po zaistnieniu skutku, podlega ekskomunice wiążącej mocą samego prawa” (kan. 1398). Jest to najpoważniejsza spośród kar kościelnych. Nie musi ona zastać zadeklarowana czy nałożona przez kompetentnego przełożonego kościelnego. Do

13 Por. np. *Aborcja – domowe sposoby i nie tylko...*, <http://pro-choice4.blogspot.in/2014/11/aborcja-domowe-sposoby.html>, dostęp: 28 kwietnia 2017.

14 Por. M. Gabryś, *Poronienie samoistne...*, dz. cyt., s. 7.

15 Por. T. Ślipko, M. Starowieyski, A. Muszala, *Aborcja. Spojrzenie filozoficzne...*, dz. cyt., s. 11.

16 Por. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, Rzym 1995, nr 62.

17 Por. tamże, nr 13.

jej zaistnienia wystarczający jest fakt spowodowania śmierci człowieka w okresie prenatalnym. Za pomocą takiej surowej kary Kościół wskazuje, że przerwanie ciąży jest jednym z najcięższych i najniebezpieczniejszych przestępstw. Zachęca tym samym sprawców do podjęcia nawrócenia. Celem kary jest bowiem pełne uświadomienie winnemu powagi popełnionego grzechu, by w ten sposób doprowadzić go do koniecznej pokuty¹⁸. Karze tej podlegają nie tylko osoby zaangażowane w przeprowadzenie aborcji chirurgicznej. Papieska Komisja ds. Autentycznej Interpretacji Kodeksu prawa kanonicznego stwierdziła, że przez pojęcie przerwania ciąży w świetle prawa karnego rozumie się „zabicie płodu w jakikolwiek sposób i w jakimkolwiek czasie od momentu poczęcia”¹⁹. Takiej samej karze podlegają zatem wszystkie osoby intencjonalnie doprowadzające do poronienia – niezależnie od sposobu tego dokonania.

4. PORONIENIE JAKO UBOCZNY SKUTEK TERAPII

Od celowego wywołania poronienia należy odróżnić sytuację, w której śmierć dziecka jest niezamierzonym, choć przewidywanym skutkiem leczenia innej choroby. Tego rodzaju działania mogą być oceniane i wartościowane w oparciu o zasadę czynu o podwójnym skutku, która w teologii moralnej, w tym szczególnie w bioetyce teologicznej, znajduje szerokie zastosowanie. Zgodnie z jej założeniami człowiekowi wolno spełnić czyn, z którym związany jest dwojaki skutek, jeśli łącznie spełnione są cztery warunki. Czyn sam w sobie jest moralnie dobry albo przynajmniej obojętny. Skutek bezpośredni czynu jest dobry i jest on celem działającego. Zły skutek jest co najwyżej dopuszczony. Istnieją wreszcie proporcjonalnie ważne racje dla spełnienia takiego czynu²⁰. Takie stwierdzenie jest konsekwencją przyjęcia zasady, że człowiek odpowiada w pełni za to, co sam bezpośrednio zamierza i w sposób przyczynowy sprawia. Życie w świecie wielu zależności sprawia, że z jego działaniem związane jest działanie innych sił sprawczych, które powodują skutki nie zawsze zgodne z jego zamierzeniami²¹.

Wiele leków o silnym działaniu niesie ze sobą niebezpieczeństwo dla rozwijającego się płodu. Należą do nich przede wszystkim cytostatyki stosowane w terapii chorób nowotworowych i reumatologicznych, preparaty jodu używane w leczeniu chorób tarczycy oraz sulfonamidy mające silne działanie przeciwbakteryjne²².

18 Por. tamże, nr 62.

19 Pontificia Commissio Codici Iuris Canonici Authentice Interpretando, *Responsiones ad proposita dubia*, „Acta Apostolicae Sedis”, nr 80 (1988), s. 1818.

20 Por. J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999, s. 340.

21 Por. T. Ślipko, M. Starowieyski, A. Muszala, *Aborcja. Spojrzenie filozoficzne...*, dz. cyt., s. 67.

22 Por. A. Barczak, *Przebrane narodziny...*, dz. cyt., s. 86.

W przypadku proporcjonalnie ważnej racji, czyli poważnej choroby, kobieta ciężarna bez zaciągania winy moralnej może poddać się terapii z zastosowaniem powyższych preparatów. W takiej sytuacji są bowiem spełnione cztery opisane warunki, a zatem zastosowanie znajduje zasada czynu o podwójnym skutku. Należy jednak zaznaczyć, że możliwe jest odstąpienie od terapii i jej przełożenie na czas po narodzeniu dziecka. Wiąże się to jednak z poważnym zagrożeniem dla życia matki. Opóźnienie terapii może bowiem uczynić ją nieskuteczną. Taka sytuacja ma miejsce przede wszystkim w przypadku chorób nowotworowych. Warunkiem powodzenia leczenia jest bowiem wczesne jego rozpoczęcie. Takiej postawy nie można jednak wymagać. Jest ona bowiem niewątpliwie czynem heroicznym i wspaniałym świadectwem wartości ludzkiego życia.

Możliwość odwołania się do zasady czynu o podwójnym skutku w terapii niektórych chorób jest jednocześnie wezwaniem do poszukiwania rozwiązań bardziej optymalnych, które byłyby bezpieczniejsze dla matki i nie stanowiły zagrożenia dla dziecka poczętego albo je minimalizowały.

* * *

Poronienie jest dość skomplikowanym zagadnieniem. Dokonanie jego oceny moralnej domaga się przede wszystkim wnikliwego ustalenia przyczyn. Człowiek ponosi bowiem pełną odpowiedzialność jedynie za czyny w dobrowolny sposób chciane, których konsekwencje są znane. W tym kontekście należy zauważyć, że poronienie spontaniczne nie powoduje zaciągnięcia winy moralnej, choć może mu towarzyszyć subiektywne poczucie winy. Z częściową odpowiedzialnością wiąże się poronienie będące skutkiem zaniedbania. Kobieta ciężarna jest bowiem w sposób szczególny odpowiedzialna za swoje dziecko i powinna powstrzymywać się od działań, które mogą mu zaszkodzić. Wreszcie intencjonalne doprowadzenie do poronienia musi zostać zakwalifikowane jako bezpośrednie przerwanie ciąży i w ocenie moralnej zrównane z aborcją chirurgiczną.

Poronienie, niezależnie od przyczyny jego zaistnienia, jest wyzwaniem dla duszpasterzy. Osoby, które go doświadczyły lub do niego doprowadziły, powinny zostać otoczone opieką proporcjonalną do aktualnego stanu duchowego i stopnia winy. Powinna ona polegać na dodaniu otuchy i nadziei, uspokojeniu wyrzutów sumienia lub wręcz przeciwnie – na uświadomieniu popełnionego zła i głoszeniu potrzeby nawrócenia i pokuty.

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY STRATY CIĄŻY

Śmierć dziecka podczas poronienia pozostawia w sercu matki niegojącą się ranę. Jest to wydarzenie nie tylko czysto medyczne, lecz także psychologiczne i społeczne wiążące się z bólem, cierpieniem całej rodziny. Analizując literaturę tematu, można odnieść wrażenie, że wszelkie problemy związane z tym traumatycznym przeżyciem dla kobiety i jej rodziny kończą się z chwilą wypisania jej ze szpitala do domu^{1,2}.

Poronienie (łac. *abortus*) – w medycynie terminem tym określa się wydalenie z jamy macicy jaja płodowego do 22. tygodnia ciąży. W klasyfikacji poronień w zależności od stopnia nasilenia objawów wyróżnia się:

- 1) poronienie zagrażające – charakteryzujące się najczęściej bezbolesnym krwawieniem z macicy, mogą wystąpić skurcze macicy o niewielkim natężeniu;
- 2) poronienie w toku – objawiające się krwawieniem i bólem o różnym nasileniu;
- 3) poronienie zatrzymane (*missed abortion*) – charakteryzuje się niewydaleniem obumarłego płodu w przewidywanym okresie, tj. w ciągu 8 tygodni od chwili stwierdzenia śmierci płodu³.

Szacuje się, że w Polsce 22–31% ciąży ulega poronieniu. Etiologicznych przyczyn poronienia jest wiele. Za najczęstsze przyczyny uważa się czynniki: genetyczne, hormonalne, anatomiczne, immunologiczne, a także stresogenne (lęk, poczucie zagrożenia, depresje). Częstość straty ciąży na wczesnym etapie jej trwania jest więk-

1 J. Starzyńska, M. Rabiej, E. Dmoch-Gajzlerska, *Ciąża u kobiety obciążonej doświadczeniem poronienia – studium przypadku*. „Położna Nauka i Praktyka” nr 4 (36) (2016), s. 56–58.

2 I. Barton-Smoczyńska, *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*, Częstochowa 2015, s. 41–60.

3 J. Skrzypczak, *Poronienie*, [w]: *Położnictwo i ginekologia*. Tom I, red. G.H. Bręborowicz, Warszawa 2015, s. 85–91.

sza u kobiet po 35. roku życia i wynosi 50%, podczas gdy u kobiet wieku poniżej 35 lat ryzyko to wynosi 6,4%⁴.

American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) jako najczęstszą przyczynę straty ciąży przedstawia poronienie samoistne. Częstość występowania poronień samoistnych potwierdzonych klinicznie wynosi 10–15% wszystkich ciąży. Jak podaje literatura naukowa, ryzyko wystąpienia poronienia samoistnego wzrasta wraz z liczbą przebytych w przeszłości poronień. Około 5% wszystkich poronień samoistnych stanowią poronienie nawykowe⁵.

U kobiety, która w wywiadzie posiada dwa kolejno po sobie występujące poronienia, prawdopodobieństwo wystąpienia trzeciej straty ciąży stanowi 17–35%, a każdej następnej zwiększa się o 25–46%⁶ [2, 33, 36, 39, 45].

Warunki dopuszczalności przerwania ciąży w Polsce reguluje ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, zwłaszcza jej art. 4a, który stanowi, że przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy:

- 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej,
- 2) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jej życiu,
- 3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

Stratą ciąży jest również zgon wewnątrzmaciczny płodu następujący przed jego całkowitym wydaleniem lub wydobyciem z organizmu matki niezależnie od czasu trwania ciąży. W Polsce częstość zgonów waha się w granicach 4,2–6,7 na 1000 porodów, w zależności od regionu. Ciąża obumarła częściej dotyczy kobiet ciężarnych poniżej 15. roku życia i powyżej 35. roku życia, jak również matek niezamężnych. Najwięcej zgonów obserwuje się w pierwszych 12 tygodniach trwania ciąży⁶.

Postęp medycyny oraz zastosowanie diagnostyki prenatalnej prowadzą w Polsce do wzrostu liczby zabiegów przerwania ciąży z powodu wad płodu. Obecnie większość przypadków legalnego przerwania ciąży w Polsce dotyczy tzw. terminacji

4 J. Banasiewicz, K. Owczarek, *Wpływ asysty położnych przy zabiegach przerywania ciąży na wypalenie zawodowe i stres pourazowy*, „Położna Nauka i Praktyka” nr 2 (26) (2014), s. 14–18.

5 Wytyczne The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, *Zgon wewnątrzmaciczny oraz doświadczenie straty ciąży – wytyczne postępowania*, „Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo” nr 4 (2007), s. 42–48.

6 A. Mach, A. Nowacka, E. Dmoch-Gajzlerska, *Rola i zadania położnej w opiece nad kobietą ciężarną zagrożoną poronieniem*, „Położna Nauka i Praktyka” nr 2 (26) (2014), s. 32–38.

ze względów eugenicznych. Według szacunkowych danych opracowanych przez Radę Ministrów w 2011 r. wykonano 669 zabiegów przerwania ciąży, co stanowi o 28 terminacji ciąży więcej niż w 2010 r. Z powodu zagrożenia życia lub zdrowia kobiety ciężarnej dokonano 49 aborcji. Wykonano 620 zabiegów, których przyczyną były nieprawidłowe wyniki badań prenatalnych, wskazujące na występowanie dużego prawdopodobieństwa ciężkiego, nieodwracalnego upośledzenia płodu. Warto podkreślić, że w roku 2011 nie wykonano zabiegu przerwania ciąży, która powstała w wyniku czynu zabronionego⁷.

Obecnie w społeczeństwie panuje przekonanie, że strata ciąży, bez względu na jej stopień zaawansowania i przyczynę, jest zdarzeniem traumatycznym dla większości kobiet. Może być przyczyną powstania niepożądanych zaburzeń psychicznych u kobiety. Następstwem starty ciąży jest przeżycie klasycznie przebiegającej żałoby. W przebiegu tej żałoby ważną rolę odgrywa fakt, czy strata ciąży była sytuacją nagłą i niespodziewaną, czy też była poprzedzona długotrwałym oczekiwaniem, strachem oraz cierpieniem.

Kobiecie oczekującej na stratę ciąży towarzyszą przeżycia odpowiednie dla żałoby jeszcze przed dokonaniem się poronienia. Jest to tzw. antycypacja procesu żałoby. Zjawisko to, umożliwia stopniowe pożegnanie się rodziców z własnym dzieckiem. Skutkiem antycypacji żałoby po dokonaniu się poronienia może być uczucie ulgi. Dotyczy to szczególnie kobiet, u których zdiagnozowano ciężkie, genetyczne, często letalne wady u płodu.

Reakcja emocjonalna kobiety roniącej jest silna i dynamiczna. Zachodzi ona w trzech następujących sferach: poznawczej, emocjonalnej oraz behawioralnej. Literatura przedmiotu najobszerniej opisuje psychologiczne skutki straty ciąży u kobiet, które podjęły decyzję o jej przerwaniu, nazywając to zjawisko stresem pourazowym, wcześniej określanym jako zespół poaborcyjny⁸.

Definicja zespołu poaborcyjnego została przedstawiona przez V. Rue, amerykańskiego psychologa, w 1981 r. V. Rue określa go jako zespół objawów występujących po przerwaniu ciąży do którego zaliczają się zaburzenia depresyjne, lękowe, skłonności samobójcze, skłonność do uzależnień, zaburzenia seksualne i problemy z płodnością⁹.

7 Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz skutkach stosowania w 2011 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. 2012 r. Nr 17, poz. 78).

8 B. Major, M. Appelbaum, L. Beckman et al., *Abortion and mental health: Evaluating the evidence*, „American Psychologist” nr 69 (9) (2009), s. 863–890.

9 B. Urbanowicz, *Zespół Zaburzeń Stresu Pourazowego (PTSD-Post Traumatic Stress Disorder), a Rozpacz Poaborcyjna (PAD-Post Abortion Distress) i Zespół Poaborcyjny (PAS-Post Abortion Syndrome)*, „Biuletyn SPCh” nr 9 (1997), s. 9–18.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w 1987 r. przedstawiło dwa rodzaje zaburzeń, których kobieta ma możliwość doświadczyć po zabiegu przerwania ciąży. Są to:

- 1) *post abortion distress* (PAD) i
- 2) *post abortion syndrome* (PAS).

Post abortion distress (PAD) to zespół objawów, który jest powiązany z przeżywaniem ostrego stresu poaborcyjnego. Zaburzenie to ma miejsce w ciągu pierwszych trzech miesięcy po zabiegu przerwania ciąży i trwa nawet do roku. Poaborcyjna rozpacz charakteryzuje się pojawieniem ostrych fizycznych oraz psychicznych reakcji. Koreluje ona z silnym przeżywaniem poczucia straty oraz winy. Kobiety, które doświadczyły przerwania ciąży, często mają poczucie bezsensowności życia, występują u nich zaburzenia obrazu samej siebie, zaburzenia snu, miewają także lęk przed stosunkiem seksualnym, a nawet przed następną ciążą.

Post abortion syndrom (PAS) to zespół zaburzeń chronicznych, który wystąpił z powodu konfliktów psychicznych oraz fizycznych. Kształtował się on w trakcie podejmowania decyzji o przerwaniu ciąży, a następnie w ciągu całego roku po dokonaniu się poronienia sztucznego. Symptomy, które charakteryzują syndrom poaborcyjny, widoczne są dopiero kilka lat po doświadczeniu przerwania ciąży. Pojawienie się zespołu poaborcyjnego najczęściej poprzedza pojawienie się w otoczeniu osób, przedmiotów lub zdarzeń, które kojarzą się z wydarzeniem przerwania ciąży jako zdarzeniem traumatycznym¹⁰.

Zaburzenie po stresie urazowym (PTSD) powstaje na skutek działania silnych stresorów, które mogą mieć charakter katastrofalny, krótko- lub długotrwały. Zaburzenie to ma charakter lękowy, łączy się z przytłaczającym oraz zagrażającym życiu wydarzeniem oraz brakiem umiejętności przepracowania powstałego urazu¹¹.

Według klasyfikacji DSM-IV na wystąpienie zespołu stresu pourazowego narażona jest osoba, która doznała kontaktu ze śmiercią, stanem zagrożenia życia lub ciężkim zranieniem, ryzykiem naruszenia własnej fizycznej nienaruszalności bądź innych lub była świadkiem takich zdarzeń. Osoby cierpiące na PTSD przechodzą cztery etapy tego procesu.

10 M. Lewicka, M. Sulima, M. Pyć i wsp., *Charakterystyka poronień i prawa przysługujące kobiecie po stracie ciąży*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” nr 59, 1 (2013), s. 123–127.

11 E. Haghparast, M. Faramarzi, R. Hassanzadeh, *Psychiatric symptoms pregnancy distress in subsequent pregnancy after spontaneous abortion history*, „Pakistan Journal of Medical Sciences” nr 32(5) (2016), s. 1097–1101.

- Faza I** – adaptacja (dobry poziom funkcjonowania) – na tym etapie pacjentka nawiązuje kontakty z innymi osobami, samodzielnie rozwiązuje problemy oraz okazuje swoje uczucia. W niewielkim stopniu mogą występować intruzje, pobudzenie, zaburzenia snu czy tendencja do unikania. Po upływie czasu prawidłowego funkcjonowania, wskazującego na okres kompensacji, pod wpływem bodźców (np. rocznica traumatycznego wydarzenia) pacjentka zaczyna odczuwać silny lęk, co powoduje wejście w drugą fazę PTSD.
- Faza II** – przetrwanie (pogorszenie w funkcjonowaniu) – cechą charakterystyczną tego etapu jest obronna orientacja pacjentki. Nasilają się wspomnienia związane z traumatycznym wydarzeniem, reakcje unikowe, pogłębia się odrętwienie oraz pobudzenie. Częściej pojawiają się również zaburzenia snu. Pacjentka stopniowo ma coraz większy problem z okazywaniem uczuć i emocji, wzrasta również jej impulsywność i chęć sięgania po alkohol.
- Faza III** – dekompensacja (załamanie funkcjonowania) – na tym etapie pacjentka traci kontakt z otaczającą rzeczywistością. Odczuwa silny lęk oraz nie potrafi poradzić sobie z własnymi emocjami i uczuciami. W tym momencie osoba taka nie ma żadnych planów na przyszłość, nie ma poczucia odpowiedzialności, jak również uważa, że w swoim życiu nie ma już nic do stracenia. Faza dekompensacji może przyjmować dwie formy. Pierwsza obejmuje agresję, ryzykowne czyny, przemoc, impulsywne zachowania, picie alkoholu oraz przyjmowanie narkotyków. Druga forma cechuje się całkowitym zamknięciem się na otaczającą rzeczywistość oraz zerwaniem wszelkich kontaktów z osobami bliskimi.
- Faza IV** – depresja (bardzo złe funkcjonowanie) – po zakończeniu burzliwego i gwałtownego etapu dekompensacji pacjentka jest odczuwać zmęczenie, orientuje się, jak wiele zniszczyła w swoim życiu. Jest jej źle, czuje bezradność oraz upokorzenie. W głębi duszy pojawia się poczucie winy. Traci apetyt, staje się bardziej wrażliwa. Rozpoczynają się problemy z koncentracją i pamięcią, co prowadzi do tego, iż często potrzebuje wsparcia osób bliskich. Na tym etapie występuje największe prawdopodobieństwo popełnienia próby samobójczej.

Śmierć bliskiej nam osoby powoduje, że nasza psychika staje przed trudnym zadaniem. Kobieta po stracie dziecka musi poradzić sobie z różnorodnymi uczuciami, takimi jak: smutek, żal, poczucie winy, pustki, utraty sensu własnego życia. Zaakceptowanie i zrozumienie śmierci drugiego człowieka wymaga wielu poświęceń i wyrzeczeń. Zdarzenie śmierci dziecka może w kobiecie uruchomić proces dekonstrukcji wyznawanego dotychczas systemu wartości. Po tak traumatycznych

przejściach kobieta jest przekonana, że nigdy już nie zazna szczęścia, że już nic dobrego ją w życiu nie spotka.

W psychologii opisywanych jest wiele modeli radzenia sobie ze stresem w sytuacjach trudnych. Większość naukowców twierdzi, że najważniejszą rzeczą dla rodziców po stracie jest przeżycie żałoby. M. Makara-Studzińska i G. Iwanowicz-Palus termin żałoby określają jako złożony proces opłakiwania zmarłego i godzenia się z trudną do przyjęcia rzeczywistością, który obejmuje wiele przeżyć psychicznych, doznań fizycznych i zachowań zmieniających się w czasie z określoną dynamiką. Traktowany jest on jako normalna ludzka odpowiedź na stratę bliskiej osoby (obiektu przywiązania)¹².

Każda kobieta potrzebuje innego czasu na zaakceptowanie straty ciąży i przeżycia żałoby. Długość tego okresu zależy od wielu czynników, do których zaliczają się: przyczyny śmierci/straty ciąży, charakter danej osoby, styl życia, zdolność do radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, wcześniejsze doświadczenie straty bliskiej osoby lub ciąży, wsparcie emocjonalne rodziny oraz bliskich, jakość relacji rodzinnych i wiara w Boga. Literatura przedmiotu przedstawia następujące fazy żałoby:

- wstrząs/szok,
- uświadomienie sobie straty,
- chronienie siebie/wycofanie się,
- powracanie do zdrowia,
- odnowa¹³.

Wszystkie powyższe stadia żałoby dają kobiecie możliwość zminimalizowania bólu oraz lęku, który występuje po stracie ciąży, a przechodzenie w kolejne etapy żałoby odbywa się w sposób płynny.

Faza wstrząsu jest pierwszą odpowiedzią kobiety na stratę ciąży. Najwcześniejszą reakcją jest szok, niedowierzanie, bezradność, pobudzenie lub odrętwienie emocjonalne powodujące, że kobieta nie płacze ani nie reaguje na zaistniałą sytuację. W tym okresie kobiecie mogą towarzyszyć objawy ogólnoustrojowe, takie jak: nieprawidłowe wartości ciśnienia tętniczego krwi, przyśpieszony oddech, zaburzenia żołądkowe, łaknienia czy też zaburzenia snu. Rodzice w tej fazie posiadają poczucie zagubienia i doświadczają wewnętrznego chaosu. Część kobiet stratę wyraża poprzez płacz w obecności osób najbliższych. Inne opisują swój stan tak, jakby znajdowały się za szklaną szybą. Jest to tzw. dystansowanie psychologiczne,

12 M. Makara-Studzińska, G. Iwanowicz-Palus (red.), *Psychologia w położnictwie i ginekologii*, Warszawa 2009, s. 154–197.

13 T. Paszkowski, *Patologia wczesnej ciąży*, Lublin 2004.

które powstaje na skutek doświadczenia ogromnego stresu. M. Makara-Studzińska i G. Iwanowicz-Palus piszą, że pacjentki opisują odczucia niedowierzania i odrętwienia w następujący sposób: „Nie mogę w to uwierzyć...”, „To jakby okropny sen, w którym biorę udział...”, „Czuję się, jakbym oglądała z boku koszmarny film, chciałabym go wyłączyć, ale nie mogę...”¹⁴.

Po pewnym czasie szok, niedowierzanie i odrętwienie emocjonalne zaczyna mijać. Kobieta zaczyna odczuwać wewnętrznie silny ból. Uświadamia sobie poniesioną stratę, co powoduje przejście w drugą fazę żałoby. Dla tej fazy żałoby charakterystyczny jest niepokój spowodowany stratą dziecka, nadwrażliwość, przewlekły oraz długotrwały stres, gniew, żal oraz poczucie winy. Etap ten cechuje się największą zmiennością przeżywanych uczuć. Żal oraz gniew, którego doświadcza kobieta w chwili straty dziecka, to uczucia najczęściej kierowane przeciwko personelowi medycznemu. Zachowanie tego rodzaju podyktowane jest przede wszystkim brakiem zaufania, występowaniem podejrzeń, że prawdopodobnie zostały zaniedbane pewne procedury.

Często bywa tak, że ten żal i gniew kobieta kieruje przeciwko dziecku, winiąc je za to, że odeszło, przeciwko Bogu, że jest on niesprawiedliwy, oraz przeciwko samej sobie. Jest to wynik wewnętrznego poczucia winy. Wzięcie odpowiedzialności za stratę ciąży jest naturalnym i klasycznym dążeniem człowieka do zrozumienia otaczającej go rzeczywistości. Zarówno faza wstrząsu, jak i faza uświadomienia sobie straty ciąży powoduje długotrwały stres i ból, agresywność wobec otoczenia, niechęć do widywania osób bliskich, zaburzenia snu i odżywiania, które są skutkiem wyczerpania. Kobieta stopniowo zaczyna wchodzić w kolejny etap żałoby, czyli fazę wycofania.

Fazę chronienia się/wycofania cechują następujące symptomy: rozpacz i smutek, zmęczenie, wycofanie oraz „hibernacja”. Kobieta w tym stadium żałoby potrzebuje odpoczynku, co jest pożądanym symptomem, który wśród osób bliskich często wzbudza niepokój. Fazę tą można pomylić z depresją, gdyż pacjentkę charakteryzuje wycofanie się z otaczającej rzeczywistości. W tym czasie przeżywa ona głęboki smutek. Jest to reakcja jak najbardziej pożądana w prawidłowo przebiegającej żałobie. Poczucie smutku może trwać nawet od 6 do 8 tygodni po stracie ciąży i doświadcza go około 20% kobiet. Rodzice wchodzący w fazę wycofania oczekują poprawy samopoczucia oraz zminimalizowania żalu i bólu po stracie dziecka.

Czwartym etapem żałoby jest faza stopniowego powracania do zdrowia. Charakteryzuje ją odzyskanie kontroli nad rzeczywistością, przebaczenie, zapomnienie oraz poszukiwanie nowych przyczyn straty ciąży. W fazie tej zachodzi również gojenie

14 M. Makara-Studzińska, G. Iwanowicz-Palus (red.), *Psychologia w położnictwie...*, dz. cyt., s. 154–197.

się ran psychicznych. Po przejściu przez tzw. okres hibernacji rodzice stopniowo zaczynają kierować własnym życiem i starają się odszukać nową tożsamość. Powracaniu do zdrowia towarzyszy poszukiwanie głębszego sensu zaistniałej tragedii oraz przebaczenie samemu sobie i pogodzenie się ze stratą ciąży. Jest to najtrudniejszy element przeżywania żałoby.

Ostatnim etapem żałoby jest faza odnowy. Jest to czas, w którym dochodzi do rozwijania nowej świadomości własnej osoby oraz kształtowania na nowo przyszłości już bez dziecka, jak również bez siebie w roli matki. W okresie tym już bez bólu kobieta mówi o stracie ciąży, rozpoczyna aktywny kontakt z rzeczywistością poprzez zaspakajanie własnych, wewnętrznych potrzeb. Po tak przeżytej tragedii kobieta staje się silniejsza i bogatsza w nowe doświadczenia¹⁵.

Na skutek nieprawidłowo przeżytej żałoby mogą pojawić się psychopatologiczne zachowania interpersonalne oraz zaburzenia psychiczne, do których zalicza się: depresję, zespoły lękowe, zespół stresu pourazowego oraz niektóre z chorób psychiatrycznych, jakimi są schizofrenia, urojenia czy też myśli samobójcze. Nieprawidłowym stanem po stracie ciąży jest również całkowity brak przeżytej żałoby. Nieprzeżyta żałoba powoduje zablokowanie przeżywania smutku, żalu oraz złości po doświadczeniu straty ciąży¹⁶.

Zabieg przerwania ciąży niesie ze sobą liczne bezpośrednie, wtórne oraz późne zaburzenia psychologiczne. Większość tych powstałych zaburzeń negatywnie oddziałuje na sytuację społeczną kobiety. Dotyczy to głównie zmian w życiu osobistym i rodzinnym. Zaburzenia psychologiczne, jakich doświadczyły kobiety po przerwaniu ciąży, przyczyniły się do powstania wielu istotnych problemów, m.in. w pełnieniu roli matki, poprzez naruszenie więzi rodziców z dziećmi już istniejącymi lub tymi, które dopiero narodzą się w przyszłości. U dzieci wychowywanych w rodzinie, w której dokonano zabiegu przerwania ciąży, stwierdzono problemy wychowawcze oraz występowanie zaburzeń psychologicznych, jakie niesie za sobą aborcja¹⁷.

Oprócz zachwiania funkcjonowania systemu rodzinnego konsekwencje zaburzeń psychologicznych po zabiegu przerwania ciąży prowadzą do nieprawidłowych relacji pomiędzy partnerami. Wielu mężczyzn po zabiegu przerwania ciąży całą

15 M. Makara-Studzińska, G. Iwanowicz-Palus (red.), *Psychologia w położnictwie...*, dz. cyt., s. 154–197; H. Stallman, B. McDermott, M. Beckmann, K. Wilson, K. Adam, *Women who miscarry: The effectiveness and clinical utility of the Kessler 10 questionnaire in screening for ongoing psychological distress*, „Obstetrics Gynaecology” nr 50 (1) (2010), s. 70–76.

16 A. Winkler, *Uzależnienia jako konsekwencje aborcji*, [w:] *Aborcja: przyczyny, następstwa, terapia*. Warszawa 2009, s. 219–226; W. Simon, *Konsekwencje aborcji u kobiet*, [w:] *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*, red. J. Meder, Kraków 2003, s. 78–96.

17 T. Paszkowski, *Patologia...*, dz. cyt.; W. Simon, *Konsekwencje aborcji...*, dz. cyt., s. 78–96.

odpowiedzialnością za stratę ciąży obarcza kobietę, co wywołuje negatywne emocje u współmałżonków. W efekcie stają się oni wobec siebie nieszczerzy, co przyczynia się do powstania wielu konfliktów, które w sposób bezpośredni i pośredni wpływają na życie seksualne. Wpływa to niewątpliwie na postawy rodzicielskie oraz opiekuńcze, jak również prowadzi do dopuszczenia się zdrady, stosowania używek, przemocy wobec kobiety i rozwoju patologii społecznej. Konsekwencją zaburzeń psychologicznych u kobiet są różnego rodzaju uzależnienia, np.: alkoholizm, palenie tytoniu, narkomania, hazard oraz pracoholizm¹⁸.

U kobiet, które straciły dziecko, mogą się pojawić tzw. mechanizmy kompensacyjne. Część kobiet usiłuje uniknąć przeżywania ciężkiej sytuacji okołoporodowej poprzez ponowne oraz szybkie zajście w kolejną ciążę. W tej sytuacji mechanizm kompensacyjny stanowi część reakcji unikowej. Oznacza to, że pacjentka chce powtórzyć to wydarzenie, ale z zupełnie innym, pozytywnym zakończeniem. Ma nadzieję, że w ten sposób uniknie negatywnych emocji oraz poczucia żalu. Spec- khard i Mufel piszą, iż mechanizm kompensacyjny pomógł niektórym pacjentkom poradzić sobie ze stresem oraz poczuciem winy. Niestety, w niektórych przypadkach może się on zakończyć następnym kryzysem pełnym dwuznaczności oraz ponownym zabiegiem przerwania ciąży¹⁹.

18 A. Winkler, *Uzależnienia jako konsekwencje...*, dz. cyt., s. 219–226.

19 M. Szymańska, B. Chazan, *Postawy pacjentek po niektórych niepowodzeniach prokreacyjnych*, „Kliniczna Ginekologia i Perinatologia” nr 40, 1 (2004), s. 10–14.

OPIEKA NAD PACJENTKĄ PODCZAS INDUKCJI PORONIENIA CIAŻY OBUMARŁEJ W PIERWSZYM TRYMESTRZE

Uwagi ogólne

Poronienie definiowane jest jako ukończenie ciąży przed 22. tygodniem jej trwania lub jako urodzenie dziecka o masie ciała mniejszej niż 500 gramów. Granica różniująca poronienie i poród przedwczesny wyznacza również potencjalne możliwości przeżycia urodzonego żywego wcześniaka. Poronienie jest częstym powikłaniem wczesnej ciąży. Najwięcej strat dokonuje się jeszcze przed implantacją zarodków. Literatura naukowa podaje, że odsetek poronień sięga około 20% rozpoznanych ciąż. Zdecydowana większość strat (80%) odbywa się przed ukończeniem 12. tygodnia¹.

Przyczyn, z powodu których dokonuje się poronienie wczesnej ciąży, jest bardzo dużo. Czasami powód nie zostanie w ogóle poznany. Najczęściej podawaną grupą przyczyn są zaburzenia genetyczne, a w nich – aberracje chromosomowe. W każdym przypadku poronienia dokonanego przed 12. tygodniem uznaje się je jako urodzenie martwego dziecka. Obumarcie zarodka odbywa się na różnym etapie i w różnym też mechanizmie. W wielu sytuacjach nie można określić czasu, w jakim ono nastąpiło. Klinicznie rozpoznaje się:

- poronienie w toku, kiedy w obrębie rozwartego kanału szyjki oglądanej we wzornikach widoczne są roniące się tkanki. Sytuacji tej najczęściej towarzyszy krwawienie z macicy o różnym nasileniu;
- poronienie dokonane zupełne – w obrazie USG nie widać ciąży, a jedyną informacją o poronieniu jest wywiad oraz dodatnia próba ciążowa – określone β -HCG;

1 J. Skrzypczak, *Poronienie*, [w]: *Położnictwo i ginekologia. Tom I*, red. G.H. Bręborowicz, Warszawa 2015, s. 85–91.

- poronienie dokonane niezupełne – w obrazie USG widać tzw. resztki po poronieniu, najczęściej widoczne jest także krwawienie z macicy o różnym nasileniu;
- poronienie zatrzymane – widoczny w USG pęcherzyk ciążowy z zarodkiem bez czynności serca, rzadko obserwowane są inne objawy zwiastujące;
- puste jajo płodowe – widoczny w USG pęcherzyk zarodkowy bez cech zarodka, najczęściej bez objawów zwiastujących².

Głównymi objawami sugerującymi poronienie lub towarzyszącymi mu są krwawienie z macicy oraz dolegliwości bólowe. Najczęściej obserwowane są one w sytuacji poronienia w toku oraz poronienia niezupełnego. Nasilenie krwawienia jest w tych sytuacjach kryterium wszczęcia postępowania zabiegowego. Zabieg wyłyżeczkowania macicy oczyszczający ją z tkanek jaja płodowego jest w tej sytuacji ratującym zdrowie i życie kobiety³.

Inną klinicznie sytuacją jest poronienie zupełne. Rzadko towarzyszą mu nasilone krwawienie oraz ból. Najczęściej pacjentka podaje dokonanie się poronienia w domu. Może zgłosić się na izbę przyjęć z tkankami jaja płodowego. Jeśli tak, to zadaniem położnej jest zabezpieczenie ich do badania histopatologicznego lub – na życzenie rodziców – genetycznego. Po wykonaniu USG i rozpoznaniu w nim poronienia całkowitego, w sytuacji posiadania tkanek poronionych, nie jest konieczna hospitalizacja. Wyznacznikiem będzie stan ogólny i ginekologiczny kobiety. W sytuacji nieposiadania zabezpieczonych tkanek jaja płodowego i braku cech ciąży w USG kobieta powinna być przyjęta do szpitala w celu wyjaśnienia tej sytuacji. Należy podejrzewać możliwość występowania ciąży ektopowej, która może być stanem zagrożenia życia. Różnicowanie ciąży poronionej i ektopowej opiera się na badaniu ginekologicznym oraz na przynajmniej dwóch wynikach stężenia β -HCG ilościowego ocenianego co 2–3 dni i badaniach USG wykonywanych najlepiej co 5–7 dni.

Poronienie zatrzymane oraz puste jajo płodowe to zahamowanie rozwoju zarodka na określonym etapie organogenezy. Zanim dojdzie do wydalenia tkanek z jamy macicy, mogą pojawić się zaburzenia w układzie krzepnięcia. Jeśli ten stan kliniczny przedłuża się, wówczas nie można poprzestać na postępowaniu wyczekującym jako formie leczenia. Brak oznak dokonującego się poronienia oraz wykładników infekcji (poziom leukocytów, stężenie CRP) pozwalają na planową hospitalizację. Według zaleceń Królewskiego Kolegium Położników i Ginekologów (RCOG),

2 Z. Malewski, *Poronienie samoistne*, [w:] *Krwotoki położnicze*, red. Z. Słomko, K. Drews, Warszawa 2010, s. 78–82.

3 Tamże, s. 81–82.

w razie niestwierdzenia wskazań do zabiegowego postępowania należy wdrożyć postępowanie farmakologiczne⁴.

Podobnie w sytuacji poronienia niezupełnego, jeśli nie ma nasilonego krwawienia, braku stabilności hemodynamicznej, cech infekcji, można wdrożyć postępowanie farmakologiczne⁵.

Opiera się ono na podaniu kobiecie syntetycznego analogu prostaglandyn dopochwowo lub podjęzykowo. W Polsce powszechnie wykorzystuje się pochodną prostaglandyny E₁ – Misoprostol. Działanie preparatów zawierających prostaglandyny może wywołać poronienie lub poród, niezależnie od czasu trwania ciąży. Liczba receptorów dla wychwytu prostaglandyn nie zmienia się w czasie (w odróżnieniu od receptorów oksytocynowych). Z tego względu preparaty takie jak Misoprostol są szeroko stosowane na oddziałach ginekologii, patologii wczesnej ciąży na świecie, również w Polsce⁶. Prostaglandyny E₁, łącząc się z receptorami w mięśniu macicy, powodują czynność skurczową oraz wpływają na zmianę konsystencji i rozwieranie szyjki macicy. W takim mechanizmie przyczyniają się do wydalenia jaja płodowego⁷.

W przypadku indukcji farmakologicznej poronienia w pierwszym trymestrze ciąży WHO zaleca podawanie dwóch lub trzech dawek leku w wielkości 0,8 mg do pochwy lub 0,6 mg podjęzykowo (odpowiednio cztery lub trzy tabletki 0,2 mg). Wielokrotność ponawianych dawek zależy od czasu trwania ciąży. W prezentowanych badaniach przez A. Zwierzchowską i współautorów do wydalenia jaja płodowego dochodziło najczęściej w przeciągu 24–48 godz. po podaniu jednej dawki, czasami powtórzonej po 6 godz.⁸

W Polsce nie ma standardu odnośnie do indukcji poronienia za pomocą Misoprostolu. Proponowane schematy postępowania są zindywidualizowane i omawiane z pacjentką przy przyjęciu do szpitala. Pacjentce przedstawia się korzyści i wady każdej z form postępowania. Indukcja farmakologiczna doprowadza do samo-

4 A. Zwierzchowska, M. Głuszak, Z. Jabiry-Zieniewicz, A. Banaszek-Wysoczańska, W. Dzia-decki, E. Barcz, *Ocena skuteczności i bezpieczeństwa leczenia zachowawczego w przypadkach ciąży obumarłej w pierwszym trymestrze*, „Ginekologia Polska” nr 83 (2012), s. 760–765.

5 Tamże, s. 763.

6 *Safe abortion* – World Health Organisation, apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf, dostęp: 1 lutego 2017; Q. Ambusaidi, A. Zutshi, *Effectiveness of Misoprostol for Induction of First-Trimester Miscarriages*, „SultanQaboos University Med J” nr 15, 4 (2015), s. 534–538.

7 A. Stupak, A. Kwaśniewska, *Aktualne rekomendacje postępowania w poronieniu*, „Wiadomości lekarskie” nr 68, 1 (2015), s. 79–87.

8 A. Zwierzchowska, M. Głuszak, Z. Jabiry-Zieniewicz, A. Banaszek-Wysoczańska, W. Dzia-decki, E. Barcz, *Ocena skuteczności i bezpieczeństwa...*, dz. cyt., s. 764.

dzielnego wydalenia jaja płodowego z jamy macicy w wyniku rozwierania kanału szyjki macicy i czynności skurczowej. Towarzyszą tej sytuacji dolegliwości bólowe i/lub zwiększone krwawienie z macicy. Jeśli sytuacja będzie wymagała interwencji zabiegowej, to ominie pacjentkę etap mechanicznego rozszerzania kanału szyjki macicy. Czas pobytu w szpitalu jest różnie długi, czasami kilkudniowy. Daje to dodatkową korzyść, a mianowicie pozwala na udzielenie pacjentce również pomocy psychologicznej.

Zabieg wyłyżeczkowania jamy macicy to zwykle procedura jednodniowa. Wykonywany jest w znieczuleniu krótkotrwałym dożylnym. Trwa kilkanaście minut. Po wybudzeniu i kilkugodzinnej (4–6 godz.) obserwacji na oddziale możliwy jest wypis do domu. Bez wstępnego przygotowania szyjki macicy w trakcie zabiegu potrzebne jest mechaniczne rozszerzenie kanału szyjki. Może być to powodem późniejszej niewydolności cięśniowo-szyjkowej. Zabiegowe oczyszczenie jamy macicy z resztek jaja płodowego może być powikłane uszkodzeniem mięśnia macicy, a także powstaniem zrostów wewnątrzmacicznych (zespół Ashermana)⁹.

Pacjentka, zgadzając się na indukcję farmakologiczną, musi również mieć świadomość, że w przypadku pojawienia się zwiększonego krwawienia zagrażającego jej zdrowiu lub życiu będzie miała wykonany zabieg wyłyżeczkowania jamy macicy.

Procedura indukcji farmakologicznej zwykle opiera się na podaniu do pochwy 0,8 mg Misoprostolu oraz kontroli ultrasonograficznej postępu poronienia po 6 godz. od założenia tabletek. Jeśli postępowanie jest nieefektywne, może zostać powtórzone przez pacjentkę. Bywa że pacjentki kategorycznie odmawiają wykonania zabiegu wyłyżeczkowania jamy macicy, zgadzając się natomiast na kolejne dawki prostaglandyn. Bywają też zachowania odwrotne. Nie ma żadnych dowodów na szkodliwość wielokrotnych dawek Misoprostolu, nie ma też konkretnych wytycznych mówiących o maksymalnej dozwolonej ich liczbie¹⁰.

Lekarskie obserwacje postępów poronienia po założeniu tabletek Misoprostolu do pochwy dokonywane są na podstawie ultrasonografii. Więcej zadań w opiece nad kobietą roniącą ma położna. Pacjentka przyjęta do indukcji poronienia to kobieta, którą dotknęła osobista tragedia. Położna musi wykazać się empatią i profesjonalizmem w postępowaniu, tak aby nie nasila negatywnych emocji podczas pobytu kobiety w szpitalu. W przypadku indukcji poronienia dla świadczonej opieki bardzo duże znaczenie ma współpraca pacjentki i położnej. Od samego początku należy zadbać o zdobycie zaufania kobiety i stworzenie warunków bezpieczeństwa. Zwykle przy przyjęciu pacjentka powinna również otrzymać wszelkie informacje

9 A.M. Garipey, N.L. Stanwood, *Postępowanie terapeutyczne w przypadkach niepowodzeń wczesnej ciąży*, „Ginekologia po Dyplomie” nr 4, 86 (2013), s. 31–37.

10 Tamże, s. 34.

o możliwości pochowania dziecka i przysługujących świadczeniach socjalnych. Ze względu na stan emocjonalny kobiety i zmniejszone możliwości percepcji najlepiej te informacje przekazywać w formie pisemnej¹¹.

Przyjmując pacjentkę do szpitala, należy zapoznać ją z topografią oddziału, przedstawić personel położnych oraz podać nazwisko lekarza prowadzącego. Należy również zaprowadzić pacjentkę do jej sali, wskazać łóżko oraz szafkę. Pokazać, w którym miejscu znajdują się węzeł sanitarny. Czynności wykonywane przy przyjęciu pacjentki na oddział ginekologii to:

- zapoznanie się z dokumentacją medyczną;
- sprawdzenie wiarygodności wyniku grupy krwi, w przypadku jego braku – jak najszybsze jej wykonanie;
- zapewnienie dostępu do naczynia żylnego¹².

Po założeniu przez lekarza tabletek Misoprostolu do pochwy pacjentka powinna pozostać w łóżku około 2 godz. Później może poruszać się w obrębie sali. O każdej zmianie samopoczucia powinna zawiadamiać położną. Ponieważ zawsze istnieje ryzyko obfitego krwawienia, a zatem konieczności wykonania zbiegu wyłyżeczki jamy macicy, pacjentka pozostaje na ścisłej diecie.

Do zadań położnej w trakcie trwania indukcji poronienia należą:

- założenie karty intensywnego nadzoru i pomiar parametrów przez pierwsze 2 godz. co 15 minut, później co 30 min przez 2 godz. i dalej co 1 godz. lub w miarę potrzeb;
- kontrola krwawienia z dróg rodnych – zapewnienie pacjentce ligniny w celu lepszej oceny wizualnej krwawienia oraz worka na zużyte wkładki;
- zapewnienie słoja do oddawania moczu – opisanie go danymi pacjentki i wstawienie do ubikacji;
- w razie konieczności defekacji podanie pacjentce basenu;
- obserwacja stanu emocjonalnego pacjentki;
- reagowanie na każdą zmianę samopoczucia oraz potrzeby pacjentki;
- wykonywanie zleceń lekarskich zgodnie z kartą zleceń.

11 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo – ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz.U. 2015 poz. 2007).

12 M. Jodłowska-Sowińska, *Rola położnej w opiece nad kobietą roniącą* „Położna Nauka i Praktyka” nr 3, 15 (2011), s. 42–47.

Do zadań położnej po dokonaniu się aktu poronienia należą:

- zabezpieczenie poronionych tkanek – umieszczenie ich w pojemniku do badania histopatologicznego oraz – jeśli pacjentka sobie życzy – do badania genetycznego, a następnie zalanie ich odpowiednim rodzajem utrwalacza (badanie histopatologiczne – 10-procentowy roztwór formaliny; badanie genetyczne – 0,9-procentowy roztwór NaCl), opisanie ich danymi pacjentki oraz wstawienie do lodówki;
- uzyskanie od pacjentki stosownych oświadczeń w sprawie zabrania tkanek w celu ich pochowania;
- przekazanie pojemnika z tkankami do pracowni histopatologicznej razem ze stosownym skierowaniem;
- ewentualne przekazanie rodzicom tkanek do badania genetycznego;
- ocena stanu ogólnego pacjentki;
- ocena krwawienia z dróg rodnych;
- ocena stanu emocjonalnego i ewentualne zapewnienie opieki psychologa;
- reagowanie na potrzeby pacjentki;
- wykonywanie zleceń lekarskich według karty zleceń.

Po wykonaniu USG i stwierdzeniu całkowitego poronienia pacjentka może opuścić szpital.

Poniżej zaprezentowano dwa przykłady procesu pielęgnowania przez położną kobiet mających prowadzoną indukcję poronienia.

PRZYPADEK PIERWSZY

W dniu 13 listopada 2015 r. o godz. 20.30 do izby przyjęć jednego z warszawskich szpitali zgłosiła się 32-letnia kobieta będąca w 10. tygodniu pierwszej ciąży. Powodem przyjęcia na oddział ginekologii było stwierdzone poronienie zatrzymane. Kobieta nie zgłaszała dolegliwości bólowych ani krwawienia. Zaproponowano jej farmakologiczną indukcję poronienia preparatem Cytocec (Mizoprostol). O godz. 22.30 lekarz do tylnego sklepienia pochwy założył cztery tabletki Cytotecu 200 mikrogramów (całkowita dawka 800 mikrogramów).

Postępowanie położnej po założeniu tabletek:

- ocena stanu ogólnego – pomiar ciśnienia tętniczego, tętna oraz temperatury ciała co 15 min. przez 2 godz., następnie co godzinę lub w zależności od potrzeb. W celu monitorowania parametrów założono Kartę Intensywnego Nadzoru;
- poinformowanie pacjentki, iż przez 2 godz. musi przebywać w pozycji leżącej w celu zmniejszenia ryzyka wypadnięcia tabletek;

- ocena krwawienia – ocena na podstawie liczby zużytych wkładek z ligniny, podano pacjentce czerwony worek, w którym gromadziła zużyte wkładki;
- monitorowanie dolegliwości bólowych pacjentki – ocena na podstawie parametrów stanu ogólnego, jak również na podstawie informacji przekazywanych przez pacjentkę;
- dbałość o zapewnienie potrzeb fizjologicznych. Wyposażenie pacjentki w słój na mocz w celu zabezpieczenia przed poronieniem tkanek do toalety;
- monitorowanie stanu emocjonalnego.

Pacjentka była spokojna, wyciszona. Parametry stanu ogólnego w normie, nie gorączkowała. O godz. 3.30 zgłosiła obfite krwawienie z dróg rodnych oraz silne skurcze. Położna oceniła krwawienie jako mierne. Pacjentka nie skorzystała z leków przeciwbólowych. Do rana pozostała na czczo w celu wykonania ewentualnego zabiegu wyłyżeczkowania jamy macicy po uprzednim wykonaniu badania USG.

Następnego dnia pacjentka w stanie ogólnym dobrym nie zgłaszała dolegliwości bólowych, występowało umiarkowane krwawienie z dróg rodnych. Wykonano badanie wewnętrzne, podczas którego stwierdzono w pochwie skrzepy krwi i fragmenty tkankowe – materiał utrwalono w roztworze formaliny do badania histopatologicznego. W celu stwierdzenia, czy poronione zostały wszystkie tkanki, wykonano badanie USG. Stwierdzono w nim: trzon macicy o wymiarach 49×42 mm; endometrium niejednorodne o grubości 25 mm. Lekarz zaproponował pacjentce kontynuację farmakologicznej indukcji poronienia lub skorzystanie z zabiegu wyłyżeczkowania jamy macicy. Kobieta nie wyraziła zgody na zabieg, zdecydowała się na kontynuację leczenia zachowawczego. Pacjentka pozostawała na diecie lekkostrawnej. Przekazano jej druk oświadczenia, w którym wyraziła zgodę na pozostawienie poronionych tkanek. O godz. 21.50 założono dwie tabletki Cytotecu (400 mikrogramów) do tylnego sklepienia pochwy. Postępowanie położnej było takie, jak podczas pierwszego założenia tabletek. Parametry stanu ogólnego utrzymywały się w normie, krwawienie było mierne. W celu złagodzenia zgłaszanych dolegliwości bólowych o godz. 3.00 podano Pyralgin 2,5 mg dożylnie i dwie ampułki Papaweryny domięśniowo. Pacjentka była w stanie emocjonalnym dobrym. Pozostała na czczo do badania USG w dniu następnym.

Kolejnego dnia, 15 listopada, stan ogólny i emocjonalny pacjentki był dobry, nie gorączkowała. Nie zgłaszała dolegliwości bólowych. Utrzymywało się skąpe krwawienie z dróg rodnych. W godzinach przedpołudniowych wykonano badanie USG – opis badania: jama macicy szerokości 30 mm wypełniona niejednorodną, echogeniczną treścią – resztki po poronieniu. Pacjentka otrzymała immunoglobulinę anty Rh D w dawce 50 mikrogramów domięśniowo z powodu grupy krwi

A Rh minus. Lekarz zaproponował pacjentce kontynuację farmakologicznej indukcji poronienia lub skorzystanie z zabiegu wyłyżeczkowania jamy macicy. Kobieta nie wyraziła zgody na zabieg, nadal chciała kontynuować leczenie zachowawcze. O godz. 21.10 w celu farmakologicznego opróżnienia jamy macicy założono dopochwowo kolejne dwie tabletki Cytotecu (400 mikrogramów). Postępowanie położnej było takie, jak podczas pierwszego założenia tabletek. Parametry stanu ogólnego utrzymywały się w normie, krwawienie z pochwy było mierne. Pacjentka nie zgłaszała żadnych dolegliwości bólowych. Pozostała na czczo do rana do badania USG.

Dnia 16 listopada wykonano badanie USG. Stwierdzono w nim trzon macicy w przodozgięciu o jednorodnej echogenności, wymiar AP w dnie macicy 45 mm. Endometrium niejednorodne o grubości 32 mm. Jajniki prawidłowe. Zatoka Douglasa bez wolnego płynu.

Po badaniu USG pacjentce zaproponowano zabieg wyłyżeczkowania jamy macicy lub kontynuację leczenia zachowawczego. Kobieta nie wyraziła zgody na zabieg, w związku z tym zdecydowano o dwukrotnym podaniu dwóch tabletek Cytotecu. Preparat założono o godz. 14.45 oraz o godz. 23.30. Postępowanie położnej w obu przypadkach było analogiczne do postępowania podczas pierwszego dnia hospitalizacji.

Parametry stanu ogólnego były w normie, z dróg rodnych utrzymywało się plamienie. Pacjentka zgłosiła dolegliwości bólowe o miernym nasileniu. O godz. 16.30 podano Perfalgan (1 g) dożylnie, po którym dolegliwości ustąpiły. Pozostała na czczo do rana do badania USG.

Następnego dnia wykonano badanie USG, w którym stwierdzono trzon macicy w przodozgięciu o jednorodnej echogenności z wymiarem AP w dnie 38 mm. Endometrium niejednorodne o grubości 12 mm. Jajniki: prawy o wymiarach 33 × 14 mm i lewy o wymiarach 30 × 22 mm, obustronnie z cechami PCO (zespół policystycznych jajników). Zatoka Douglasa – bez wolnego płynu.

Pacjentka nie zgłaszała dolegliwości bólowych, nie gorączkowała, jej stan ogólny był dobry. Występowało mierne krwawienie z dróg rodnych. Zdecydowano o wypisaniu pacjentki do domu z zaleceniem przyjmowania Sumamed 500 mg 1 × 1 tabl. przez 2 dni, Trilac 3 × 1 kaps., Arthrotec forte 2 × 1 tabl. doustnie przez 5 dni oraz zgłoszenie się po miesiączce na badanie USG.

PRZYPADEK DRUGI

W dniu 19 grudnia 2016 r. o godz. 23.00 pacjentka lat 28 (ciążą drugą, poród drugi) została przyjęta do oddziału ginekologii z rozpoznaniem poronienia zatrzymanego. Podjęto decyzję o indukcji poronienia za pomocą czterech tabletek (0,8 mg) Mizoprostolu podanego dopochwowo. Tabletki założono o godz. 23.20.

Postępowanie było następujące:

- przejście opieki nad pacjentką. Zapoznanie się z dokumentacją medyczną pacjentki, zebranie wywiadu pielęgniarского. Przyjęcie opieki o godz. 23.15;
- zapewnienie dostępu do podaży dożylnych leków – założenie kaniuli dożylnej na lewym przedramieniu z zachowaniem wszystkich zasad aseptyki i antyseptyki;
- obserwacja stanu ogólnego – pomiar parametrów stanu ogólnego i ocena wyglądu skóry i śluzówek dwa razy w ciągu doby. Po aplikacji o godz. 0.30 Mizoprostolu dopochwowo założenie Karty Intensywnego Nadzoru (KIN). W KIN pomiar parametrów stanu ogólnego i ocena wyglądu skóry i śluzówek przez 2 godz. co 15 min, przez następne 2 godz. co 30–60 min, w zależności od objawów. Pomiar o godz. 23.20: RR 125/80 mmHg, tętno 80 uderzeń/min, temperatura 36,8°C, śluzówki odpowiednio wilgotne, skóra prawidłowo napięta i różowa. Pomiar o godz. 7.00: RR 110/75 mmHg, tętno 70 uderzeń/min, temperatura 36,6°C, stan śluzówek i skóry bez zmian w stosunku do oceny godz. 23.20. Pozostałe parametry stanu ogólnego nie budziły zastrzeżeń, wpisywano je na bieżąco do karty KIN;
- obserwacja stanu emocjonalnego – obserwacja zachowania pacjentki oraz jej reakcji na ból i sytuację, w jakiej się znalazła. Pacjentka przygnębiona stratą drugiego dziecka. Nie wyraziła potrzeby rozmowy z psychologiem ani położną;
- postępowanie mające na celu zmniejszenie dolegliwości bólowych – podanie leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich. O godz. 2.00 podano lek przeciwbólowy drogą dożylną: Ketonal 100 mg i.v. Dolegliwości bólowe zmniejszyły się;
- zapewnienie odpowiedniej diety – pacjentka ma dietę ścisłą. Uświadomienie pacjentce konieczności takiego postępowania do czasu podjęcia decyzji o dalszych krokach po kontrolnym badaniu USG;
- kontrola krwawienia z dróg rodnych – ocena krwawienia z dróg rodnych po podaniu Mizoprostolu. Kontrola wkładek. Zapewniono pacjentce ligninę oraz czerwony worek na zużyte wkładki. Przy pomiarach stanu ogólnego oraz na życzenie pacjentki dokonywano oceny krwawienia z dróg rodnych. O godz. 2.30 pacjentka zgłosiła nasilenie krwawienia;
- zabezpieczenie i przygotowanie wszystkich tkanek jaja płodowego po poronieniu do badania histopatologicznego i genetycznego – utrwalenie materiału tkankowego w przeznaczonym do tego pojemniku i rozworze utrwalacza. O godz. 2.30 nastąpiło wydalenie z macicy martwego zarodka. Materiał tkankowy rozdzielono do dwóch pojemników. Do badania histopatologicznego utrwalono materiał, stosując roztwór formaliny, do badania genetycznego – roztwór soli fizjologicznej. Pojemniki opisano danymi pacjentki i umieszczono w lodówce;

- zaprowadzenie pacjentki na kontrolne badanie USG – wykonanie badania USG przez lekarza dyżurnego w celu potwierdzenia lub wykluczenia poronienia zupełnego. Badanie USG wykonano o godz. 6.30. Stwierdzono: Trzon macicy w przodozgięciu, o jednorodnej echogeniczności, prawidłowej wielkości. Wymiar AP w dnie macicy 45 mm. Endometrium 9 mm, niejednorodne. W cieśni i kanale szyjki do 13 mm. Szyjka macicy prawidłowa. Jajniki: prawy o wymiarach 32 × 19 mm, prawidłowy, lewy o wymiarach 24 × 15 mm, prawidłowy. Zatoka Douglasa bez wolnego płynu.
- profilaktyka konfliktu serologicznego – podaż immunoglobuliny anty-RhD zgodnie ze zleceniem lekarskim. Ze względu na grupę krwi o Rh minus podano domięśniowo 50 mg immunoglobuliny anty-RhD i.m. o godz. 12.30;
- edukacja pacjentki w zakresie samoobserwacji i samopielegnacji po poronieniu. Rozmowa z pacjentką na temat postępowania po poronieniu: czasie powrotu do aktywności seksualnej, higieny krocza, proponowanej diety, możliwości skorzystania z pomocy psychologa;
- przygotowanie pacjentki do wypisu ze szpitala – przyjęcie pacjentki do oddziału na zlecenie lekarza dyżurnego, ustny przekaz istotnych informacji o stanie zdrowia pacjentki przez położną izby przyjęć, a także zapoznanie z dokumentacją medyczną, przekazanie pacjentce dokumentacji medycznej oraz informacji o konieczności zgłoszenia się na wizytę do lekarza prowadzącego ciążę. O godz. 14.00 pacjentka opuściła oddział.

Podsumowanie

Skuteczność Misoprostolu bywa różna. Nie zawsze jest możliwe całkowite wydalenie tkanek w stosunkowo krótkim czasie. Z reguły w sytuacji zaaplikowania pierwszej dawki 0,8 mg Mizoprostolu do pochwy i uzyskania postępu poronienia kolejne dawki są o połowę mniejsze niż początkowa. Takie postępowanie wdrożono w pierwszym przypadku. Pacjentka nie wyraziła zgody na wykonanie zabiegu wyłyżeczkowania jamy macicy. Ponieważ jej stan ogólny nie budził zastrzeżeń, nie obserwowano zwiększonego krwawienia z jamy macicy i zgodnie z oczekiwaniami pacjentki kontynuowano leczenie farmakologiczne – w konsekwencji uzyskano zamierzony efekt terapeutyczny. Podobny rozkład dawkowania Misoprostolu jest obecnie proponowany przez towarzystwa naukowe oraz WHO¹³. W drugim przypadku przebieg indukcji poronienia nie odbiegał od założeń tej metody leczenia. Ewakuacja tkanek dokonała się w czasie 24 godz.

13 A. Stupak, A. Kwaśniewska, *Aktualne rekomendacje postępowania...*, dz. cyt., s. 79.

W obydwu przypadkach podczas opieki nad pacjentką monitorowano jej stan ogólny oraz krwawienie z macicy, szczególnie intensywnie w pierwszych godzinach po założeniu tabletek do pochwy. Takie postępowanie pielęgniarckie jest podyktowane ryzykiem wystąpienia skutków ubocznych prostaglandyn. Zaliczamy do nich: obfite krwawienie, nudności, wymioty, dolegliwości bólowe w dole brzucha, dreszcze, gorączkę, zawroty głowy. U opisywanych pacjentek nie wystąpiły wyżej wymienione powikłania poza dolegliwościami bólowymi, ale ze względu na indywidualną reakcję na lek zawsze wskazany jest monitoring stanu pacjentki.

Zapewnienie naczynia, do którego pacjentka oddaje moc, to forma zabezpieczająca przed wydaleniem roniących się tkanek do muszli klozetowej. Podobne znaczenie ma podawanie basenu w celu defekacji. Jest to niedopuszczenie do niegodnego zachowania wobec ciała ludzkiego.

Po dokonaniu poronienia i zabezpieczeniu tkanek pracownicy szpitala powinni uszanować potrzebę rodziców pożegnania z ich dzieckiem. Powinny być do tego celu stworzone odpowiednie warunki, a personel odpowiednio przeszkolony. Najlepiej jeśli w takim akcie uczestniczy psycholog.

Każda ciąża, niezależnie od jej losów, na zawsze zmienia środowisko wewnętrzne i zewnętrzne kobiety. Strata ciąży jest zawsze kryzysem i to, w jaki sposób kobieta sobie z nim poradzi, będzie miało odniesienie w przyszłości. Możliwość aktywnego udziału w ronieniu inicjuje prawidłowo przebiegający proces żałoby. Uświadamia znaczenie sytuacji, która się dokonała. Daje kłam powszechnej opinii społecznej – traktowania poronienia jako nic nieznaczącego incydentu. Nie każda pacjentka decyduje się na pochowanie ciała dziecka poronionego, ale każda powinna uzyskać informację o takim prawie i samodzielnie dokonać wyboru¹⁴.

Postępowanie farmakologiczne w przypadku poronienia zatrzymanego, pustego jaja płodowego lub poronienia niezupełnego jest sprawdzoną formą terapeutyczną. Według doniesień naukowych – również akceptowaną przez kobiety. Według doświadczeń własnych autorek daje dużo mniejszy odsetek powikłań niż elektywne postępowanie zabiegowe.

14 M. Lewicka, M. Sulima, M. Pyć, B. Stawarz, *Charakterystyka poronień i prawa przysługujące kobiecie po stracie ciąży*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” nr 59, 1 (2013), s. 123–129.

BŁAŻEJ KMIECIAK

PARADOKSY PRENATALNE, CZYLI WYBRANE WĄTKI POLSKIEJ DEBATY BIOETYCZNEJ Z PERSPEKTYWY KRYTYCZNEJ REFLEKSJI

Uwagi wprowadzające

W Polsce od dłuższego czasu trwa dyskusja dotycząca problemów, przed którymi stoi współczesna medycyna. Mowa przede wszystkim o wyzwaniach o charakterze prawnym oraz etnicznym, z którymi spotykają się w swojej praktyce przedstawiciele profesji zajmujących się ochroną zdrowia człowieka. Zarówno naukowcy, jak i dziennikarze stale podejmują tematy związane z nadziejami oraz potencjalnymi korzyściami lub zagrożeniami współczesnej, dynamicznie rozwijającej się medycyny. W naszym kraju szczególnym zainteresowaniem cieszą się zagadnienia związane z początkiem oraz końcem ludzkiego życia. Regularnie powracają dyskusje dotyczące prawnych możliwości przerwania ciąży¹. Niejednokrotnie podnosi się zagadnienie odnoszące się do możliwości dokonania aborcji w związku z wykryciem u dziecka poczętego zaburzeń genetycznych. W sposób szczególny debata publiczna zatrzymuje się na zespole Downa, a więc najczęściej wykrywanej wadzie o podobnym podłożu².

Debaty związane z aborcją kierują nas również w stronę problemu antykoncepcji. Powszechnie wskazuje się, że pacjentka ma prawo do takich farmaceutyków, dodając, iż działania te stanowią przykład realizacji tzw. praw reprodukcyjnych³. Jednocześnie w tych kontekstach powraca temat klauzuli sumienia. Jak wskazuje

1 W. Bołoz, *Bioetyka i prawa człowieka*, Warszawa 2006, s. 225.

2 Zob. Polska Agencja Prasowa, *Dania krajem wolnym od zespołu Downa? To przez aborcję*, „Newsweek”, 07.2011, źródło: <http://swiat.newsweek.pl/dania-krajem-wolnym-od-zespołu-downa--to-przez-aborcję,79700,1,1.html>, dostęp: 5 maja 2017; oraz J. Zaremba, *Genetyczna diagnoza. Badania prenatalne w Polsce*, „Panorama Medyczna”, nr 2 (2006), s. 12–15.

3 J. Podgórska, *Pigułka antykoncepcyjna – jak się zmieniła i co zmienia. Pół wieku z pigułką*, „Polityka” nr 20 (2010), s. 34–35.

bowiem część działaczy społecznych, w Polsce podobna instytucja prawna jest niejednokrotnie nadużywana⁴.

Odnosząc się do podobnych zagadnień, warto zastanowić się, czy proponowanej debaty dotyczą zagadnienia, które nie wzbudzają już zasadniczych wątpliwości. Innymi słowy, czy omawiając tematy antykoncepcji, diagnozy prenatalnej oraz aborcji, potrafimy zlokalizować kluczowe, istotne wątki. Zrozumiałe jest, że problematyka ta wiąże się z dostrzeganym w społeczeństwie podziałem. Być może jednak, analizując wskazane obszary dyskusji bioetycznej, można dostrzec elementy, które powinny być określone mianem „luki” prawnej. Być może również w ramach dyskusowania zagadnień dotyczących etycznych wyzwań medycyny można dostrzec zaskakujące paradoksy, pomijane niestety w debacie publicznej.

Zakres rozważań

Proponowane rozważania mają na celu podjęcie próby udzielenia odpowiedzi na postawione pytania. Działania te odbywać się będą przede wszystkim po przez odniesienie się do trzech kluczowych obszarów, w których coraz wyraźniej można dostrzec pojawiające się luki oraz paradoksy.

Po pierwsze, uwaga zostanie zwrócona na toczącą się dyskusję dotyczącą możliwości wykupienia bez recepty preparatu antykoncepcyjnego ellaOne. Mowa o środku zaliczanym do tzw. antykoncepcji awaryjnej, który w 2015 r. został dopuszczony do obrotu (swobodnego zakupu w aptece) bez konieczności wcześniejszego uzyskania recepty od lekarza. Możliwość tę uzyskały również osoby małoletnie od momentu ukończenia 15 r.ż.⁵ Na początku 2017 r. podjęta została jednakże decyzja dotycząca zmiany przepisów. Resort zdrowia zdecydował się powrócić do zasady wydawania recepty na wszelkie preparaty o charakterze antykoncepcyjnym. Działania te zostały skrytykowane z racji na dostrzeganą przez część środowisk obawę wskazującą na niebezpieczeństwo nadużywania przez personel medyczny prawa do sprzeciwu sumienia⁶.

Po drugie, uwaga zostanie zwrócona na sytuację szczególnej grupy pacjentów z niepełnosprawnością. Mowa o osobach z zespołem Downa. Analizując sytuację tych osób, z jednej strony można dostrzec szerokie, społeczne zainteresowanie odnoszące się do ich codziennego funkcjonowania. Z drugiej jednak strony kolej-

4 W. Nowicka, *Prawa reprodukcyjne*, „Social Watch” nr 75 (2005), s. 1.

5 A. Jałowska, *Pigułka ellaOne bez recepty od 15. roku życia*, „Newsletter Bioetyczny”, nr 12 (2015), s. 3, oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz.U. 2015 poz. 477).

6 A. Bodnar, *Pismo rzecznika Praw obywatelskich Adama Bodnara do Ministra Zdrowia, Konstantego Radziwiłła*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2017, s. 6 (VII.5001.1.2017. AMB).

ne doniesienia medialne sugerują, że szerokie wykorzystanie badań prenatalnych doprowadziło w wielu krajach do istotnego spadku liczby dzieci, u których wykryto wspomnianą aberrację chromosomową⁷.

Na końcu uwaga zostanie zwrócona na paradoksy, jakie widać w polskiej debacie dotyczącej problemu przerwania ciąży. W sposób szczególny analizie zostanie poddane zagadnienie aborcji będącej skutkiem wykrycia (bądź podejrzenia istnienia) ciężkiej, nieodwracalnej wady zagrażającej życiu dziecka poczętego. W tym kontekście podjęta zostanie próba wyjaśnienia, czy polskie przepisy nie mają w tym ujęciu nielogicznego i sprzecznego charakteru⁸.

Antykoncepcja kontra klauzula

Rozpoczynając prezentowaną część rozważań, warto zastanowić się, czy słusznie część osób oraz instytucji obawia się, że liczni ginekolodzy będą odmawiać wypisywania recept na środki z zakresu tzw. antykoncepcji awaryjnej. Podobna obawa pojawiła się w kilku materiałach medialnych, w których komentowano decyzję władz dotyczącą powrotu do standardu uzyskania recepty na preparat ellaOne. Obecny Rzecznik Praw Obywatelskich (dalej: RPO) dr Adam Bodnar w swoim wystąpieniu do ministra zdrowia zwrócił uwagę, że to właśnie lekarska klauzula sumienia może stanowić skuteczną przeszkodę przed uzyskaniem podobnego preparatu. Rzecznik – z czym należy się zgodzić – podkreślił, iż polski ustawodawca nie zrealizował w pełni wyroku Trybunału Konstytucyjnego (dalej: TK) dotyczącego ww. klauzuli⁹. Trybunał wskazał na jej fundamentalny charakter. Podkreślił, iż lekarz nie musi wiedzieć, „który kolega” wykona działanie, z którym on sam się nie zgadza. Sędziowie zaznaczyli jednak w orzeczeniu, że władze powinny skonstruować procedurę uzyskania przez pacjenta informacji o placówkach/lekarzach mogących udzielić wsparcia w określonej sytuacji¹⁰. Zdaniem dr. Bodnara obecny stan prawny (*ergo* brak regulacji) może skutecznie utrudniać możliwość uzyskania recepty na preparat ellaOne¹¹. Czy zatem prawdą jest, że w omawianej przez RPO sytuacji lekarz może powołać się na doświadczany wewnętrznie sprzeciw?

7 Szerzej na ten temat zob. B. Kmiecik, *Podmiotowość i problem choroby genetycznej w kontekście badań socjologiczno-prawnych*, [w:] *Spór o podmiotowość – perspektywa interdyscyplinarna*, red. A. Warbmier, Kraków 2016, s. 281–283.

8 R. de Mettea, *Dyktatura relatywizmu*, Wydawnictwo Prohibita, Warszawa 2009, oraz J. Pacan, *Prawo kontra sumienie*, „Idziemy”, Nr 49, 2014, s. 16.

9 Tamże.

10 Wyrok TK z 7.10.2015 r., sygn. K 12/14, Legalis; J. Pawlikowski, *Lekarz prawa czy sumienia*, „Gość Niedzielny” 9.10.2015, <http://lublin.gosc.pl/doc/2751023.Lekarz-prawa-czy-sumienia>, dostęp: 12 maja 2017.

11 A. Bodnar. *Pismo rzecznika...*, dz.cyt., s. 6–7.

Na wstępie należy podkreślić, że lekarz ma prawo nie wystawić recepty na dany preparat o charakterze antykoncepcyjnym. Wolność sumienia ma w tym przypadku kluczowy charakter. Jak podkreślał w swoim wyroku TK, to właśnie wykonywanie przez lekarza działań zgodnie z sumieniem uprawnia do tego, by o nim powiedzieć, że realizuje swoje zadania w sposób sumienny, a więc profesjonalny, rzetelny i kompetentny¹². Zagwarantowanie praw pacjenta (rozumianych jako możliwość uzyskania świadczenia zdrowotnego) ma oczywiście również szczególne znaczenie. Pragnienie ich realizacji (poza sytuacją zagrożenia życia lub niebezpieczeństwa wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu¹³) nie może jednak prowadzić do ingerowania w tak kluczową wolność, jaką właśnie jest sumienie¹⁴. Z drugiej jednak strony można zadać kluczowe w tym miejscu pytanie o to, czy pacjent ma w ogóle prawo do antykoncepcji.

Część osób, odpowiadając na nie, powoła się w tym momencie na przywołane prawa reprodukcyjne, wskazujące, że człowiek posiada *de facto* absolutne prawa w zakresie inicjowania oraz powstrzymania własnej płodności. Jak zaznacza E. Dąbrowska-Szulc, „Głównym naszym celem jest walka z: kryminalizacją aborcji i ograniczaniem prawa kobiet do podejmowania decyzji o świadomym macierzyństwie. Uważamy, że nie istnieje demokracja ani równouprawnienie kobiet bez zagwarantowania im swobody wyboru drogi życiowej, którą daje możliwość panowania nad własną rozrodczością”¹⁵. Koncepcja owych praw nie ma jednak żadnego umocowania ani w tradycyjnym rozumieniu idei praw człowieka, ani w powszechnie obowiązujących międzynarodowych normach¹⁶. Koniecznie trzeba zwrócić uwagę na to, że pytając o prawo pacjenta do antykoncepcji, natychmiast

12 M. Kowalski, B. Kmiecik, *Bioetyka, między prawem, a pedagogiką*, Kraków 2016, s. 135.

13 Mowa o zapisanej w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 1997 r. nr 28 poz. 152); dalej: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty; zasadzie, zgodnie z którą lekarz nie może powołać się na klauzulę sumienia w sytuacji, w której brak udzielenia świadczenia prowadziłby do zagrożenia życia pacjenta lub skutkowałby uszkodzeniem jego ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia.

14 J. Pacan, *Prawo kontra sumienie*, „Idziemy”, nr 49 (2014), s. 16. W kontekście wykonywania zawodu pobożnej zob. A. Puścikowska, *Gdy położna jest jak grabarz*, „Gość Niedzielny”, nr 45 (2012), s. 20–21. Inne zdanie w omawianej kwestii, tj. krytyczne wobec klauzuli sumienia, wyraziła m.in. Monika Rigamonti, zob. M. Rigamonti, *Klauzula okrucieństwa*, „Wprost”, nr 24 (2014), s. 10–11.

15 E. Dąbrowska-Szulc, *Organizacje pozarządowe na rzecz praw reprodukcyjnych*, http://www.promocjakobiet.pl/Org.pozarządowe_na_rzecz_praw_reprodukcyjnych.pdf, dostęp: 9 maja 2017; oraz raport *Zdrowie i prawa reprodukcyjne i seksualne a system zdrowia publicznego w Polsce. Dostęp do świadczeń i środków z zakresu zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego*, Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa 2008, s. 7.

16 E. Roccella, L. Scaraffa, *Wojna z chrześcijaństwem*, „Biblioteka Niedzieli”, t. 185, Częstochowa 2006, s. 113–114.

można się spotkać ze stwierdzeniem, że jest to świadczenie zdrowotne. Udzielane ono jest pacjentowi przez eksperta medycznego. Warto zastanowić się jednak, jaki to rodzaj świadczenia.

Pigułka antykoncepcyjna nie jest wykorzystywana w rehabilitacji. Nie działa ona również leczniczo (poza przykładami zastępczej terapii hormonalnej¹⁷). Próżno szukać jej również w diagnostyce. Podobna gradacja kieruje nas w stronę oddziaływań profilaktycznych. I tutaj – faktycznie – zarówno standardowa antykoncepcja, jak i jej „awaryjna odsłona, ukazywane są przede wszystkim przez pryzmat oddziaływań zapobiegawczych. Innymi słowy, preparaty te mają zapobiec ciąży¹⁸. Powiązanie zjawiska profilaktyki oraz ciąży sugeruje jednak, że owy stan należy uznać za zjawisko o charakterze chorobowym. Profilaktyka bowiem odnosi się do zapobiegania stanom takim jak zaburzenie lub choroba¹⁹.

Ostatnia z wysuniętych tez może wywołać zrozumiałe zaskoczenie. Trudno bowiem uznać, by ciąża była zaburzeniem, anomalią lub patologią zdrowotną²⁰. Taką jednak perspektywę musimy przyjąć, by w konsekwentny sposób prezentować działanie oraz społeczne znaczenie antykoncepcji. Nie jest ona bowiem lekiem. Stosowana jest jako profilaktyka ciąży, a więc zapobieganie naturalnemu zjawisku, którego określona osoba nie chce w danym momencie przeżywać.

Okazuje się, nieco wnikliwiej spoglądając na środki zapobiegające ciąży, że można dojść do wniosku, iż lekarz w sytuacji odnowy ich przepisania w istocie nie musi powoływać się na wspomnianą klauzulę. Skupić się może natomiast przede wszystkim na: charakterze działania, o które prosi pacjentka, oraz na skutkach, jakie powodować może korzystanie z antykoncepcji. W wypadku przepisywania omawianych preparatów nie ma bowiem korelacji pomiędzy charakterem profesji medycznej (zadaniami lekarza) a sytuacją, w jakiej znajduje się pacjent. Przepisując

17 Dokładne przeglądowe informacje na temat antykoncepcji hormonalnej zob.: M. Prusak *Mechanizm działania hormonalnych preparatów antykoncepcyjnych. Porównanie informacji zawartych w ulotkach dla pacjentek i w podręcznikach akademickich*, „Życie i Płodność”, nr 3 (2009), s. 39–51.

18 W. Skrzypulec-Plinta, A. Droszczol-Cop, *Antykoncepcja u młodocianych*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia”, t. 5 (2012), z. 2, s. 97.

19 Co oczywiste, w ginekologii oraz położnictwie można dostrzec podejmowanie przez personel działań profilaktycznych. Zob. A. Ostrowska, *Profilaktyka ginekologiczna dla kobiet zagrożonych wykluczeniem społecznym (na podstawie badania wykonanego na zlecenie Fundacji MSD dla Zdrowia Kobiet w 2010 roku)*, Warszawa 2010, s. 6–7.

20 Warto także zaznaczyć, iż zarówno w naukach społecznych, jak i w medycynie wyraźnie podkreśla się konieczność demedycyzacji ciąży, a więc odejścia od paradygmatu wskazującego, iż kobieta ciężarna doświadcza określonego zaburzenia. Zob. L. Nowakowska, *Refleksje nad ciążą i porodem. Perspektywa krytycznej analizy dyskursu*, „Kultura – Społeczeństwo – Edukacja”, nr 1 (2014), s. 21.

omawiane środki, w tym te działające jak ellaOne²¹, lekarz nie rozpoczyna swoim działaniem jakiegś dalszej, dłuższej trwającej procedury rozpoznawania u kobiety choroby. Środek ten nie będzie podawany jako lek standardowo wykorzystywany w ginekologii. Ma on natomiast zapobiec ciąży, która nie znajduje się w żadnej polskiej lub międzynarodowej klasyfikacji chorób lub zaburzeń. Owo zapobieganie nie tylko ma cel nieterapeutyczny, lecz także w sposób oczywisty może prowadzić do określonej szkody zdrowotnej. Przykładowo, w przypadku ellaOne charakterystyka produktu leczniczego nie tylko wskazuje, by natychmiast udać się do lekarza w chwili podejrzenia istnienia ciąży. Dokument ten zwraca uwagę, iż przeciwwskazaniem w stosowaniu tego leku są problemy zdrowotne z nerkami. Dodawano, że środek ten był badany na małej grupie osób, które nie osiągnęły 18 r.ż.²² W omawianym kontekście można dojść do przekonania, że lekarz może zostać postawiony w sytuacji wręcz paradoksalnej. Ma przepisać preparat, którego zadaniem nie jest powstrzymanie choroby, lecz niedoprowadzenie do pojawienia się całkowicie naturalnego zjawiska. Więcej, ma podjąć takie działanie, wiedząc, iż omawiane środki antykoncepcyjne mogą w sposób negatywny wpłynąć na zdrowie pacjentki²³.

Obawy Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczące potencjalnej możliwości skorzystania przez lekarza z klauzuli sumienia odnoszą się do prawdopodobieństwa zaistnienia określonego scenariusza. Dużo ciekawsze jednak jest, że w debacie prawnomedycznej i społeczno-prawnej doszliśmy do etapu, w którym walczymy o zagwarantowanie pacjentom świadczeń nieodnoszących się do działań o charakterze *stricto* medycznym. Zrozumiałe jest, iż część osób np. nie chce mieć dzieci lub w myśli o posiadaniu potomstwa później. Koniecznie trzeba jednak wskazać, że ciąża nie jest chorobą, jest zjawiskiem naturalnym, którego próżno szukać w znanych medykom wykazach chorób. Lekarz jest specjalistą, który kształci się w celu pomocy choremu, walki o jego zdrowie, a czasami – życie. Ma poznać i skutecznie (w miarę możliwości) rozwiązać problem. Ciąża zapewne dla części kobiet bywa okresem trudnym (jej pojawienie się z perspektywy psychospołecznej może komplikować określoną rzeczywistość, zmuszając np. do zmiany planów zawodowych lub edukacyjnych). Medycyna nie jest jednak specjalnością, która funkcjonuje w celu powstrzymywania zjawisk naturalnych. Z antykoncepcją ponadto wiąże się bowiem ciekawe zjawisko. Lekarz, który odmawia jej przepisania, wcale nie musi

21 Mają za zadanie niedoprowadzenie do pojawienia się ciąży, już po stosunku płciowym.

22 Charakterystyka produktu leczniczego EllaOne, Laboratoire HRA Pharma, Paryż 2014, źródło: <http://www.hra-pregnancy-registry.com/pl/download/h-1027-spc-pl-clean.pdf>, dostęp: 11 maja 2017.

23 Na temat negatywnych skutków działania antykoncepcji hormonalnej zob. Ø. Lidegaard i in., *Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study*, „BMJ” (2012), s. 344.

powoływać się na mglistą i nierealną dla wielu krytykę własnego sumienia, działania na podstawie ukształtowanych uprzednio własnych doświadczeń moralnych. Medyk może nie podjąć takiego działania, tylko i wyłącznie odnosząc się do własnej wiedzy. Jest lekarzem, który ma za zadanie diagnozować oraz leczyć.

Paradoks zespołu Downa

Ten wątek diagnozy kieruje nas w stronę szczególnego zagadnienia poruszanego w ramach dyskusji związanej z prenatalnym okresem rozwoju dziecka, a więc – jak wskazuje ustawa o Rzeczniku Praw Dziecka – „istoty od chwili poczęcia”²⁴.

Omawiany zespół nabytych cech, a więc trisomia 21. pary chromosomów, to z całą pewnością dla licznych badaczy jedno z najciekawszych schorzeń, jakie poddawane są analizie. Z jednej strony zapewne dla wielu naukowców wspomniane zaburzenie genetyczne nie stanowi w istocie inspiracji do klinicznych badań. Profesor Jérôme Lejeune już bowiem ponad 50 lat temu wraz ze swoimi współpracownikami odkrył przyczyny występowania omawianego zespołu²⁵. Z drugiej jednak strony trudno w dzisiejszych czasach dostrzec inną jednostkę chorobową, która miałoby tak sprzeczny, a zarazem paradoksalny charakter. Dzieci z zespołem Downa wielokrotnie przedstawiane są jako przykład unikalności, wyjątkowości, często nazywane są najlepszymi na świecie terapeutami: przy nich bowiem niezwykle trudno się smucić²⁶. Mówiąc jednak o wspomnianej aberracji chromosomowej, najczęściej odnosimy się również do problemu aborcji wykonywanej z racji przesłanek eugenicznych²⁷. Podobne sprzeczności ukazują coraz częściej konkretne sytuacje.

Kilka lat temu w Polsce miała miejsce tzw. sprawa Ani z Poznania. Jak donosiły wówczas media, wspomniana kobieta dowiedziała się, iż u dziecka, które nosi w łonie, zdiagnozowano zespół Downa. Osoba ta podjęła wówczas decyzję o usunięciu ciąży na podstawie wskazanej w ustawie z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży²⁸ przesłanki odnoszącej się do istotnego prawdopodobieństwa występowania u płodu schorzeń uniemożliwiających jego dalszą samodzielną egzystencję. Jak się jednak okazało, poznańscy ginekolodzy nie zdecydowali się na przeprowadze-

24 Art. 3 ust. 2 pkt 1 ustawy o Rzeczniku Praw Dziecka.

25 C. Lejeune, *Życie jest szczęściem. Jérôme Lejeune. Mój ojciec*, Kraków 2005, s. 61.

26 Zob. A. Szulc, *Nie tylko jeden chromosom więcej*, <http://pol.ska.newsweek.pl/nie-tylko-jeden-chromosom-wiecej,103653,1,1.html>, dostęp: 11 maja 2017.

27 Polska Agencja Prasowa, *Dania krajem wolnym od zespołu Downa? To przez aborcję*, <http://swiat.newsweek.pl/dania-krajem-wolnym-od-zespolu-downa--to-przez-aborcje,79700,1,1.html>, dostęp: 11 maja 2017.

28 Dz.U. nr 17 poz. 78.

nie zabiegu terminacji ciąży. Co ciekawe, nie odnieśli się do lekarskiej klauzuli sumienia. Uznali natomiast, że zespół Downa jest schorzeniem niedającym się odnieść do ustawowego stwierdzenia, zgodnie z którym: „Przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy [...] 2) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu”²⁹. Jak podkreślał bowiem w owym czasie prof. Jan Skrzypczak, „ten zespół wad wrodzonych nie spełnia warunków polskiej ustawy dopuszczającej przerywanie ciąży”. Dodawano ponadto, że aberracja ta nie musi wcale objawiać się w przyszłości ciężkim upośledzeniem bądź też pojawieniem się stanu zagrażającego życiu. Lekarze podkreślali jednakże, iż na terenie oddziału, gdzie przebywała „Pani Ania”, aborcja jest możliwa, ale tylko w przypadku wad letalnych, czyli takich, które nie rokują przeżycia dziecka, np. bezmózgowie, bezczaszki czy zespół Edwardsa. Jak donosiły media, kobieta poddała się zabiegowi aborcji w jednym z warszawskich szpitali³⁰. Zespół Downa, jako swoiste zjawisko, podzielił w Polsce świat nauki.

Spór dotyczący statusu osób z zespołem Downa to z całą pewnością interesujące zagadnienie zarówno z perspektywy prawnej, medycznej, jak i etycznej. Jak się jednak okazuje, w ostatnich latach z uwagi na wyraźny postęp w diagnostyce wad wrodzonych u płodu, dostrzegamy nową grupę zainteresowaną podobnymi dyskusjami. Są nimi dzieci ze wspomnianym zespołem oraz ich rodzice.

W przeszłości np. dzieci, u których występowały wyraźne objawy wskazanego zaburzenia, nieuchronnie były narażone na wykluczenie. Najpierw uznawano, że wszelka forma upośledzenia to w istocie działanie zła. Następnie, jak przypomina Clara Lejeune, osoby z trisomią 21. pary chromosomów określane były mianem mongołów, którzy najpewniej poczęli się w wyniku zdrady małżeńskiej. Odkrycie przyczyn występowania wspomnianego schorzenia wydawało się nieść kres podobnym spekulacjom. Miało wprowadzić je ostatecznie na salony poważnej medycyny³¹. Doszło jednakże do działań odwrotnych. Zespół Downa stał się w istocie „głównym poszukiwanym” podczas diagnostyki prenatalnej. W kolejnych krajach doprowadził do stanu, w którym osoby z ww. zespołem są coraz mniej dostrzegane, coraz rzadziej się rodzą³².

29 Tamże.

30 Temat ten poruszony został w trakcie wywiadu, jaki Grzegorz Sroczyński przeprowadził z dr Marzeną Dębską oraz prof. Romualdem Dębskim, zob. G. Sroczyński, *Nie mówię o aborcji. Mówię: Ma pani wybór*, http://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/1,96856,11518946,Nie_mowie_o_aborcji__Mowie__Ma_pani_wybor.html, dostęp: 11 maja 2017.

31 B. Kmiecik, *Życie na przekór prawu*, „*Idziemy*”, nr 14 (2015), s. 20.

32 T.P. Terlikowski, *Nowa kultura życia. Apologia bioetyki katolickiej*, Warszawa 2009, s. 147–148.

Szczególnie interesujące jest to, że w czasach szybkiego dostępu do informacji wiedza na temat społecznego postrzegania wskazanego schorzenia genetycznego dociera również do głównych zainteresowanych, a więc osób, u których je wykryto, oraz ich rodzin. Ostatnia dyskusja, jaka miała miejsce we Francji, jest tego doskonałym przykładem. Zgodnie z decyzjami lokalnych organów sądowych wprowadzono standard, który zakazuje prezentowania wizerunku osób z zespołem Downa w kampaniach mających na celu zwrócenie uwagi na negatywne skutki aborcji³³.

Podobne decyzje powodują pojawienie się pytań kluczowych dla refleksji bioetycznej:

- 1) czy w przestrzeni medialnej w ramach kampanii społecznych jest dopuszczalne prezentowanie wizerunku chorych/niepełnosprawnych dzieci;
- 2) być może kampanie te niejako już na wstępie naruszają prawa człowieka, które rozumiane są jako wolność od wyrzutów sumienia potencjalnie mogących się pojawić w związku z przypomnieniem sobie o aborcji;
- 3) jak w takiej sytuacji czują się osoby, którym w dzieciństwie wykryto dodatkowy chromosom w niezbadanej nadal puli genetycznej;
- 4) czy nie żyjemy *de facto* w paradoksalnych czasach, gdy część osób, oglądając telewizję, może się zastanowić, czy nie postępuje na przekór prawu.

Podobne wątpliwości stają się coraz częstszym elementem dyskusji także w naszym kraju.

Warto odnieść się do wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu w sprawie *R.R przeciwko Polsce*. Polska przegrała wówczas sprawę dotyczącą nieudzielenia rzetelnej informacji kobiecie spodziewającej się dziecka prawdopodobnie z zespołem Turnera. Osoba ta zaznaczała, że rozważa aborcję w razie potwierdzenia tego schorzenia w badaniach prenatalnych. W sprawie tej faktycznie pewne zdziwienie budziło postępowanie lekarzy, którzy, jak podkreślał Trybunał, odlewali badanie. Czy jednak zespół Turnera stwierdzony u płodu uprawnia do wcześniejszego zakończenia ciąży w drodze aborcji? Nie jest on zaburzeniem o charakterze letalnym, a więc prowadzącym do śmierci dziecka przed jego naro-

33 J. Duduła, *Zakaz publikacji uśmiechniętych buzi dzieci z zespołem Downa*, źródło: <http://gosc.pl/doc/3563939>. Francja-Zakaz-publikacji-usmiechniętych-buzi-dzieci-z-zespołem, dostęp: 11 maja 2017. Zob także J. Podgórska-Jahnik, *Praca socjalna z osobami z niepełno sprawnościami i ich rodzinami*, Warszawa 2014, s. 19.

dzeniem lub też tuż po nim. Nie powoduje on ponadto ciężkiej niepełnosprawności uniemożliwiającej człowiekowi samodzielnią egzystencję³⁴.

Wszelkie dyskusje dotyczące zagadnień moralnych z całą pewnością zawsze będą się odnosić do problemów ogólnych. Dzięki temu tworzone są np. standardy postępowania³⁵. W podobnych debatach coraz częściej zapominamy jednak, że formując ważne, istotne, a nierzadko również głębokie wnioski filozoficzne, nie pamiętamy o tym, iż naszym debatom przysłuchiwać się mogą osoby dotknięte określoną trudnością lub danym schorzeniem³⁶.

Paradoks w aborcji

Przywołane zagadnienia powiązane z zastosowaniem diagnostyki prenatalnej muszą zostać uzupełnione o istotne stwierdzenie, że podobne działanie zmierzające do poznania stanu zdrowia nienarodzonego dziecka mają ogromne znaczenie. Wielokrotnie pozwalają na podjęcie działań mających na celu poprawę stanu zdrowia płodu, który jest przede wszystkim pacjentem³⁷. Analizując jednakże poruszoną w proponowanych rozważaniach tematykę aborcji, dojść można do wniosku, iż wielu wypadkach ujawnia ona istnienie kluczowych sprzeczności. Tym samym obecna dyskusja dotycząca modyfikacji krajowych przepisów odnoszących się do legalnych aspektów przerwania ciąży musi zostać uzupełniona o kilka ważnych uwag wskazujących na niepokojące luki oraz paradoksy obowiązujących rozstrzygnięć ustawowych.

Przywołana już ustawa o planowaniu rodziny w art. 4a pkt 1 zezwala na dokonanie aborcji w przypadku, w którym „ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej”. Pierwsza część cytowanego przepisu odnosi się do szczególnej sytuacji, w której zgodnie z wiedzą medyczną istnieje pewność, iż dalsze trwanie ciąży w sposób bezpośredni prowadzić może do stanu zagrożenia życia kobiety w ciąży³⁸. Dokładna analiza drugiej części wspomnianego unormowania (dotycząca

34 B. Kmiecik *Wyrok w sprawie R.R. przeciwko Polsce – aspekty prawne, etyczne i społeczne*. „Życie i płodność – aspekty ludzkiej prokreacji” nr 16 (2011), s. 5–19.

35 B. Chyrowicz, *Metody bioetyki*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Warszawa 2013, s. 33–47.

36 A. Szulc, *Nie tylko...*, dz.cyt.

37 Zob. *Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków*, Warszawa 2011; J.A. Deprest, K. Nicolaides, E. Gratacos, *Fetal Surgery for Congenital Diaphragmatic Hernia Is Back from Never Gone*, „Fetal Diagnosis and Therapy”, nr 29 (2011), s. 7–9.

38 Art. 39 w zw. z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty odnosi się potencjalnie do podobnej sytuacji. W tym ujęciu np. lekarz, który dostrzega, iż dalsze trwanie ciąży zagraża życiu kobiety, nie może powołać się na klauzulę sumienia.

zdrowia pacjentki) powoduje jednak, iż dojść można do zaskakujących wniosków. Literalne bowiem stosowanie cytowanego przepisu powoduje, iż można dojść do wniosku, zgodnie z którym każda ciąża może być przerwana z racji na pojawienie się samej ciąży³⁹.

Podobny, wydawałoby się sprzeczny pogląd w pełni ukazuje niespójny oraz wadliwy charakter obecnych przepisów dotyczących legalnych aspektów przerwania ciąży. Warto bowiem pamiętać, że czas oczekiwania na narodzenie się dziecka nieuchronnie wiąże się z pojawieniem się u kobiety objawów bezpośrednio wpływających na stan jej zdrowia fizycznego i psychicznego. Objawy te to np.: senność, bóle mięśni, skurcze, stany obniżonego nastroju, czasowe problemy nefrologiczne, niebezpieczeństwo wystąpienia zakrzepów spowodowanych długotrwałym przebywaniem w pozycji leżącej, np. z powodu problemów z donoszeniem ciąży, cukrzyca ciążowa wymagająca nagłej zmiany nawyków żywieniowych itd.⁴⁰ Takie stany, niejednokrotnie towarzyszące ciąży, są wprost powiązane z dynamicznymi zmianami obserwowanymi w kobiecym ciele, przygotowującym się na rozwój dziecka w fazie prenatalnej. W praktyce jednak podobne naturalne objawy mogą zostać uznane za niepokojące symptomy prowadzące do niebezpieczeństwa utraty zdrowia przez kobietę⁴¹.

Obecnie obowiązujący przepis, zezwalając w podobnym przypadku na przerwanie ciąży, jest – jak podkreślono – wewnętrznie sprzeczny. Wskazuje on bowiem na możliwość dokonania aborcji w sytuacji, w której to ciąża powoduje zagrożenie dla zdrowia kobiety. Podobne zagrożenie czasowej utraty zdrowia jest jednak stałym i nieodzownym elementem okresu oczekiwania na narodziny dziecka. Przepis ten powoduje ponadto pojawienie się mylnego przekonania, zgodnie z którym wystąpienie u kobiety np. obniżonego nastroju stanowi podstawę do usunięcia ciąży, w której to występowanie podobnych objawów jest zjawiskiem naturalnym spowodowanym zmianami hormonalnymi⁴².

Wskazując na sprzeczności, warto odnieść się również do sytuacji dziecka poczętego.

Jak stanowi art. 4a pkt 2 ustawy o planowaniu rodziny, przerwanie ciąży jest możliwe, gdy „badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na

39 R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2009, s. 543–552.

40 Zob. J. Krzyżanowska-Zbudzka, *Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym*, Warszawa 2009, s. 16.

41 Do podobnych wniosków dochodzą kolejne krajowe parlamenty zezwalające na dokonanie aborcji z racji na niebezpieczeństwo utraty zdrowia psychicznego przez kobietę. Zob. B. Kmieciak, *Psychospołeczne i prawne konteksty zabiegu przerwania ciąży*, [w:] *Prawo. Psychiatria. Społeczeństwo*, red. B. Kmieciak, Katowice 2016, s. 43–44.

42 Tamże.

duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu⁴³. Pojawiające się co roku rządowe sprawozdanie dotyczące wykonania ww. ustawy wskazuje, iż to właśnie przywołana w tym miejscu eugeniczna przesłanka stanowi podstawę przeprowadzenia w Polsce większości aborcji. Do dzisiaj nie wiadomo jednak, o jakich konkretnych zaburzeniach, anomaliach oraz chorobach mowa we wspomnianym unormowaniu.

W tym miejscu konieczne jest zwrócenie uwagi na treść art. 157a § 2 k.k. Zgodnie z jego treścią „Nie popełnia przestępstwa lekarz, jeśli uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia dziecka poczętego są następstwem działań leczniczych, koniecznych dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu lub życiu kobiety ciężarnej albo dziecka poczętego”. Cytowany przepis prezentowany jest jako uzasadnienie niepociągania do odpowiedzialności karnej lekarza dokonującego eugenicznej aborcji. Dokładna analiza treści tego przepisu, dokonana w kontekście przerwania ciąży, prowadzi jednak do pojawienia się zaskakujących wniosków.

Lekarz – co zrozumiale – nie może ponosić odpowiedzialności karnej w chwili, w której ratując życie kobiety, doprowadził do śmierci dziecka poczętego. Dział on bowiem w stanie wyższej konieczności (art. 26 k.k.) Cytowany przepis (tj. art. 157a § 2 k.k.) nie przewiduje również kary, w przypadku gdy lekarz, ratując zdrowie lub życie poczętego dziecka, w sposób niezamierzony doprowadził do jego śmierci. W artykule tym nie znajdujemy jednak sytuacyjnego wzorca odnoszącego się do momentu, w którym to lekarz doprowadza do śmierci dziecka, uprzednio diagnozując u niego określone schorzenie, które – jak wskazano w art. 4a u.p.r. – zagraża jego życiu. W podobnej konstelacji zdarzeń diagnoza określonej wady nie skutkuje zatem zastosowaniem terapii wobec dziecka poczętego, ale staje się wyłączną przyczyną podjęcia działań doprowadzających do jego śmierci. Artykuł 157a § 2 k.k. wyłącza karność lekarza w chwili, w której to lekarz doprowadza do śmierci dziecka poczętego, jednocześnie dążąc do poprawy stanu jego zdrowia – ratując jego życie. W wypadku jednak aborcji nie mamy do czynienia z podobną intencją. Lekarz nie ratuje życia dziecka, ale przyczynia się do jego zakończenia⁴⁴.

Ukazując wybrane konteksty związane ze przeprowadzaniem w Polsce aborcji, warto także zwrócić uwagę, iż wspomniane poczęte dziecko ma status pacjenta.

43 W Polsce od wielu już lat większość aborcji podejmowanych jest na podstawie cytowanego przepisu. Zob. *Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w 2008 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o skutkach jej stosowania*, Warszawa 2009, s. 46–47; *Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w 2008 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o skutkach jej stosowania*, Warszawa 2014, s. 77.

44 B. Kmiecik, *Prawa dziecka jako pacjenta*, Warszawa 2016, s. 116.

Stanowisko to jest w pełni zgodne z art. 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Przepis ten zobowiązuje lekarzy, by podejmując działania wobec kobiet w ciąży, obejmowali troską lekarską zarówno mamę, jak i rozwijające się w niej dziecko. Zgodnie z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarze zobowiązani są do wykonywania zawodu „zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”. Przepisy kodeksu etycznego posiadają w tym aspekcie zatem kluczowe znaczenie pod kątem respektowania przez lekarza praw należnych pacjentowi⁴⁵.

Refleksje końcowe

Debata bioetyczna trwa w Polsce nieprzerwanie od ponad dwudziestu lat. Skupia się ona przede wszystkim na zagadnieniach związanych początkiem ludzkiego życia⁴⁶. Problematyka ta ma szczególny charakter. Odnosi się ona bowiem do kluczowych zagadnień związanych z ludzkim zdrowiem. Powiązana jest ona również z konkretnymi emocjami, z jednej strony wskazującymi na posiadane obawy, a z drugiej – lęki, związane z określoną sytuacją. Śledząc debatę medialną, społeczną oraz naukową dotyczącą problematyki antykoncepcji, badań prenatalnych oraz aborcji⁴⁷, dojść można do wniosku, iż wszelkie argumenty medyczne, etyczne oraz prawne zostały już przedstawione przez dwie strony sporu⁴⁸. Analizując jego charakter oraz natężenie, należy uznać, że jego zakończenie jest niemożliwe. Bez względu jednak na podobne spostrzeżenia, trzeba podkreślić, że nadal konieczne jest podejmowanie badań, refleksji oraz krytycznej oceny elementów składających się na główny obszar zainteresowań spierających się zwolenników oraz przeciwników aborcji przez przedstawicieli zawodów medycznych. Rozwój medycyny, ale również powstający na jego bazie progres w zakresie etyczno-prawnej oceny określonych sytuacji zmusza do zagłębiania się w problematykę, która z całą pewnością wielokrotnie kieruje nas w stronę skomplikowanej rzeczywistości, której podstawą analizy powinien być przede wszystkim szacunek dla godności człowieka od chwili jego poczęcia⁴⁹.

45 Zob. Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., Warszawa 2004 (tekst jednolity zawiera zmiany uchwalone 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy).

46 A. Muszala, *Czy ludzki embrion jest osobą ludzką?*, [w:] *Człowiek – od kiedy?*, red. R. Słowiński, Poznań 2013, s. 88–99.

47 Celowo w tym miejscu pominięty zostaje obszar dyskusji dotyczącej zapłodnienia za pomocą *in vitro*. Wiąże się on bowiem z nieco odmiennymi kontekstami.

48 J. Szyran, K. Baranowski, *Życie ludzkie jako przedmiot i podmiot prawa*, „Roczniki teologii katolickiej”, nr 2 (2012), s. 4–6.

49 Zob. w tym kontekście: B. Kmieciak *Paradoksy współczesnej debaty bioetycznej*, [w:] *Aksjologiczne wyzwania współczesności*, red. Z. Kobylińska, H. Skorowski, M. Melnyk, Olsztyn–Warszawa 2014, s. 64–80.

NOTY O AUTORACH

EWA DMOCH-GAJZLERSKA, profesor habilitowany doktor nauk medycznych, Wydział Nauki o Zdrowiu, Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

MAREK KAWA, doktor nauk humanitycznych, WSP im. J. Korczaka w Warszawie.

BŁAŻEJ KMIECIAK, doktor nauk społecznych w zakresie socjologii prawa, bioetyk oraz pedagog specjalny. Absolwent studiów w zakresie resocjalizacji, prawa medycznego i bioetyki oraz kursów specjalizacyjnych w zakresie profilaktyki uzależnień oraz ochrony praw człowieka. Koordynator Centrum Bioetyki Instytutu na Rzecz Kultury Prawnej *Ordo Iuris*, adiunkt w Zakładzie Prawa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz wykładowca prawa w Pracowni Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Łódzkiego, były Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego oraz redaktor prowadzący dział bioetyki w portalu biotechnologia.pl.

BEATA KRAJEWSKA, doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, adiunkt Wydziału Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

MARTYNA ŁASZEWSKA-HELLRIEGEL, doktor habilitowany nauk prawnych, prof. UZ, LL.M., kierownik Katedry Teorii Prawa UZ.

BARBARA MAZURKIEWICZ, doktor nauk medycznych, Wydział Nauki o Zdrowiu, Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

AGNIESZKA NOWACKA, doktor nauk medycznych, Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

MARIA RABIEJ, magister, Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

JANUSZ ROSZKIEWICZ, doktorant w Katedrze Prawa Konstytucyjnego na Wydziale Prawa i Administracji UW, asystent radcy Prokuraturii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej.

KS. KRZYSZTOF SMYKOWSKI, kapłan Diecezji Bydgoskiej; doktor nauk teologicznych w zakresie teologii moralnej; asystent Katedry Bioetyki Teologicznej w Instytucie Teologii Moralnej KUL.

KRZYSZTOF URBAN, absolwent Wydziału Prawa i Administracji na Uniwersytecie Warszawskim, ukończył aplikację radcowską w OIRP w Warszawie, specjalizuje się w systemie ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem zasad funkcjonowania powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego oraz systemu refundacji. Współautor komentarza do ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych opublikowanych w Wolters Kluwers. Wykładowca na studiach podyplomowych Uniwersytetu Warszawskiego oraz Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego Lekarzy w Warszawie.

IWONA WRZEŚNIEWSKA-WAŁ, doktor nauk prawnych, lekarz medycyny, p.o. kierownik Zakładu Ekonomiki, Prawa i Zarządzania Szkoły Zdrowia Publicznego w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

Należy podkreślić nieprzypadkowo dobraną problematykę prawną, etyczną i psychologiczną. Przedstawioną w sposób przystępny, zrozumiały dla każdego czytelnika. Jest to zaleta książki, bowiem czytelnik nie powinien czuć się utrudzony po jej lekturze. Ponadto na uwagę zasługuje umiejętność syntetycznego przedstawienia zagadnień zawitych, obrośniętych wielopłaszczyznowymi teoriami. Co ważne, w recenzowanym opracowaniu widoczna jest praktyczna perspektywa analizowanej problematyki płynąca z doświadczeń dydaktycznych i zawodowych autorów. Takie przedstawienie analizowanych kwestii ma na celu ukazanie możliwie pełnego i wielopłaszczyznowego obrazu szczególnego rodzaju pacjenta, dziecka w łonie matki. Książka z pewnością pozostanie przydatną lekturą dla każdego kto w przystępny sposób chciałby poszerzyć wiedzę z zakresu objętego tematyką opracowania. Książka odpowiada, nie tylko na zapotrzebowanie osób biorących udział w szkoleniach i wykładach z prawa medycznego, ale także zawiera informacje niezbędne dla rodziców dziecka.

Prof. dr hab. n. praw. Teresa Mróz, Uniwersytet w Białymstoku

Za wielką wartość książki uważam uzmysłowienie czytelnikowi znacznego skomplikowania prawnego i legislacyjnego oglądu sytuacji życia wewnątrzmacicznego. (...) Książka jest niezwykle potrzebna środowiskom starającym się o pełne poszanowanie praw, a w szczególności prawa do życia i do leczenia w razie zagrożeń zdrowotnych ludzi w okresie ich życia „ukrytego”, życia wewnątrzmacicznego, zwanego życiem wewnątrzmacicznym. Trzeba ciągle apelować, ciągle przypominać, ciągle tłumaczyć, że w życiu prenatalnym jesteśmy w takim samym stopniu człowiekiem, jak w życiu postnatalnym. Cała nowoczesna nauka embriologii, ultrasonografii i innych technik wizualizacyjnych tego dowodzą. Widzę zdecydowaną potrzebę publikacji książki i jak najszybszego jej rozpowszechnienia.

Prof. dr hab. n. med. Marian St. Gabryś, Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu