

CZY PŁÓD JEST PACJENTEM? MEDYCZNE MODELE RELACJI KOBIECI BRZEMIENNA – DZIECKO NIENARODZONE

– Kazimierz Szewczyk –

Abstract. The paper traces the factors which promote a change in the relationship model between a pregnant woman and a fetus, from a complex one-patient medical model into a two-patient model. In the second model, as its name suggests, the prenatal phases of human life gain the moral status of an independent patient. Such an approach has adverse effects on a pregnant woman; these effects are mentioned in my polemic with Susan Mattingly. In the second part of the paper I analyze the attempt to offer a theoretical justification of the status of fetus as a patient taken up by Frank Chervenak and Laurence McCullough, in which the elements of the complex one-patient medical model of a pregnant woman and a fetus are preserved. My analysis shows the failure of such an approach.

Keywords: pregnant women, moral status, fetal patient, Susan Mattingly, Frank Chervenak, Laurence McCullough.

Postępy w położnictwie spowodowały, zazwyczaj pozbawione jakiegokolwiek szerszego etycznego uzasadnienia, posługiwanie się frazą „płód jako pacjent”¹. Tymczasem opowiedzenie się za takim statusem moralnym prenatalnych etapów ludzkiego życia grozi wzmocnieniem kulturowych strategii panowania nad kobietami brzemiennymi². Objawia się to między innymi w sygnalizowanym w literaturze przedmiotu ograniczaniem ich autonomii decyzyjnej, łącznie z przymusem poddania się cesarskiemu cięciu dla dobra płodu³.

Przedmiotowe traktowanie przez lekarzy kobiet w ciąży ma miejsce również w naszym kraju. Potwierdzeniem jest orzeczenie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z 26 maja 2011 w sprawie *R. R. przeciwko Polsce*⁴. Uniemożliwienie badań prenatalnych pozwalających na pełne zdiagnozowanie płodu zagrożonego schorzeniem genetycznym, sędziowie uznali za naruszenie art. 3. *Europejskiej*

¹ Syweński et al. [2008] s. 314-318.

² Szewczyk [2002] s. 60-109.

³ Cahill [1999] s. 494-505.

⁴ European Court of Human Rights [2011].

Konwencji Praw Człowieka zakazującego tortur i niehumanitarnego traktowania. Na podkreślenie zasługuje fakt, że była to pierwsza taka decyzja w historii orzeczeń Trybunału dotyczących uprawnień reprodukcyjnych⁵. Sąd stwierdził również złamanie art. 8. *Konwencji* (prawo do prywatności). O rozmiarze cierpienia wyrządzonego powódce świadczy pośrednio rekordowo wysokie odszkodowanie w wysokości 45.000 euro przyznane pani R.R.

W artykule analizuję trudności wynikające z przyznania płodowi statusu pacjenta oraz pokazuję metodologiczne niedostatki i negatywne efekty dla kobiet brzemiennych, jedynej rozbudowanej teoretycznie próby uzasadnienia takiego statusu w odniesieniu do płodu, podjętej wspólnie przez lekarza-położnika Franka Chervenaka i etyka Laurence McCullougha. Dla uproszczenia w tekście używam określenia „płód” zamiennie z łacińskim terminem „*conceptus*” w stosunku do wszystkich etapów rozwoju prenatalnego człowieka.

Dwa medyczne modele relacji kobieta brzemienna - płód

W latach 50. ubiegłego wieku rozpoczyna się szybki i wszechstronny postęp w medycynie, a pojawiające się innowacje nie tylko zwiększają jej efektywność profilaktyczną, diagnostyczną i terapeutyczną, lecz mają także duży zwrotny wpływ na system opieki zdrowotnej oraz społeczeństwo i kulturę. Tytułem przykładu wystarczy wspomnieć o współczesnym respiratorze ciśnieniowym skonstruowanym w Danii w 1952. Z jednej strony, przyczynił się do uratowania wielu istnień ludzkich. Stanowił też istotny warunek ukonstytuowania się nowych specjalizacji, jak intensywne opiekę medyczną i (w latach 70.) neonatologia zajmująca się noworodkami, w tym wcześniakami na granicy przeżycia.

Z drugiej strony, rozpowszechnianie się wentylatora istotnie zmieniło stosunek społeczeństw do śmierci: dawało nadzieję na rodzaj technologicznej nieumieralności i jednocześnie budziło lęk chorych przed nakładaniem na ich dalsze życie uzależnione od wentylacji zbyt dużego brzemienia. Ambiwalentną postawę wobec tego urządzenia dobrze ilustruje przypadek Janusza Świtaja⁶. Respirator był również bardzo istotnym technologicznym warunkiem powstania bioetyki⁷.

Liczące się innowacje objęły także położnictwo. W literaturze przedmiotu wymienia się przede wszystkim techniki wizualizacyjne pozwalające zobaczyć płody dotychczas niewidoczne oraz procedury udostępniające lekarzom diagnostycznie i (rzadziej) leczniczo fazy prenatalne bezpośrednio niedostępne. Do

⁵ Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny [2011].

⁶ Szewczyk [bdw.a.].

⁷ Jonsen [2003] s. 11 i 236.

pierwszych należą coraz doskonalsze ultrasonografy i technologie światłowodowe oświetlające conceptusa umieszczonego w mrokach kobiecego ciała. Procedury udostępniania obejmują nieinwazyjne i inwazyjne techniki diagnozowania (genetycznych) wad płodu oraz operacje *in utero* („w macicy”).

Wymienione świadczenia mają równie istotne konsekwencje dla systemu opieki zdrowotnej, kultury i bioetyki, jak wspomniane wyżej skutki skonstruowania wentylatora. Doprowadziły między innymi do ukształtowania się nowej specjalizacji – fetologii (łac. *fetus* = płód), a także do społecznego i kulturowego rozpowszechnienia się nowego ujęcia płodów jako istot niezależnych od kobiety ciężarnej, często metaforyzowanych „jako oddzielne byty analogiczne do astronautów, unoszące się swobodnie w amniotycznej przestrzeni, połączone pępowinową linią z systemem podtrzymywania życia”⁸. Zwróćmy uwagę na stopień redukcji roli kobiety w tej metaforze.

Techniką udostępniania ważną dla umocnienia się takiego obrazowania jest nieinwazyjne ciągle monitorowanie pulsu conceptusa (tzw. kardiokografia). Jej waga polega na tym, że to przede wszystkim na kobiecie brzemiennej słyszającej bicie serca płodu spoczywa obowiązek śledzenia jego ewentualnych zaburzeń, zanikanie zaś tętna jest często efektem przypominających stan nieważkości „pływów” conceptusa w środowisku wód płodowych zwiększających odległość serca od detektora urządzenia.

Tego rodzaju obrazowanie płodów ma swój odpowiednik w obecnie dominującym „medycznym modelu” relacji kobieta w ciąży – płód. Susan Mattingly nazywa go modelem dwu pacjentów (dualnym)⁹. Ujęcie to ma zasadniczy wpływ na postać i umacnianie się nowego kulturowego traktowania form prenatalnych życia ludzkiego.

Zdaniem autorki zasadniczą siłą inicjującą ukształtowanie się dualnego medycznego modelu były zmiany mentalne zachodzące w lekarzach – w tym, jak myślą o swoich pacjentkach w czasie ciąży i jaką relację budują z nimi. Ich głównym czynnikiem były wyżej zasygnalizowane technologie medyczne. Zmiany w relacjach między lekarzami a ich podopiecznymi doprowadziły do zaniku, przeważającego do lat 70. dwudziestego wieku, kompleksowego modelu kobieta brzemienna – płód. W ujęciu tym diadę matka – płód definiowano jako „organiczną całość”, stąd też można również nazywać je modelem jednego pacjenta.

Pod wpływem opisanych innowacji, klinicyści punkt ciężkości stosunku lekarz – pacjentka przesuwali od „jedności do dualności”. Poszukując diagnostycz-

⁸ Dickens, Cook [2003] s. 85.

⁹ Mattingly [1992] s. 13-18.

nych danych zaczęli patrzeć „poprzez matczyne gospodarza” „na płodowy organizm”, traktując „go jak odmiennego pacjenta ze swoimi własnymi prawami”. Dokonało się „wyniesienie” płodu do statusu niezależnego podopiecznego. Techniki wizualizacyjne i kardiotokografia sprzyjały społecznej akceptacji tego zjawiska.

W przeciwieństwie do ujęcia kompleksowego, model dualny jest powodem „etycznych reperkusji” i kłopotów. S. Mattingly pokazuje, że wiążą się one przede wszystkim z koniecznością przestrzegania przez lekarzy dwu etycznych pryncypiów: zasady dobroczynienia i nakazu nieszkodzenia. Dla zwolennika ujęcia kompleksowego tym, co się liczy w działaniu uznanym za dobroczynne, jest to, czy łączne matczyno-płodowe korzyści planowanej procedury przewyższają także straty. Natomiast ich dystrybucja między składnikiem matczynym i płodowym nie jest „etycznie znacząca”.

Lekarz protagonista dualnej konceptualizacji odniesienia kobieta brzemienna – płód powinien dla każdego z oddzielnych składników-pacjentów prowadzić równie oddzielne bilansowanie korzyści i ciężarów, aby określić, czy działa dla ich dobra. I w tym miejscu, zdaniem autorki, powstaje nieredukowalna sprzeczność między zasadą dobroczynienia a normą nieszkodzenia. Jeżeli bowiem płód nie stanowi zagrożenia zdrowia lub życia kobiety, a ciężary związane z planowaną dla niego dobroczynną procedurą przekraczają ewentualne korzyści dla „matczynego pacjenta”, wówczas zgodnie z pryncypium nieszkodzenia lekarz nie powinien wdrażać takiej procedury.

W modelu jednego pacjenta potencjalny konflikt między matczynymi i płodowymi potrzebami przejawia się w obrębie (*within*) tej organicznej całości. Jeśli trafnie interpretuję intuicje autorki, jest to konflikt zbliżony do tego, z jakim medycy spotykają się na co dzień w swojej praktyce, mianowicie takim, że ordynując specyfik dobroczynny na serce, szkodzą na przykład nerkom. Rozwiązują te rutynowe trudności odwołując się do odpowiednich procedur skutecznego leczenia i własnego doświadczenia profesjonalnego. Stąd w analizowanym ujęciu zgodne z dobroczynieniem jest także leczenie korzystne dla płodu, a dla kobiety wiążące się jedynie z obciążeniami. Istotny jest stosunek jednych do drugich, ukazany przez rezultat ich ważenia. Jednak aby interwencja została podjęta, kobieta w każdym przypadku musi wyrazić na nią świadomą zgodę, gdyż to właśnie ona – jako kompleksowy pacjent czy też organiczna całość – podejmuje ostateczną decyzję. Tak więc w kompleksowej konceptualizacji stosunku matka – płód zasa-

da poszanowania autonomii kobiety brzemiennej, jest podobnie jak w całości standardowej bioetyki normą „pierwszą między równymi”¹⁰.

W konceptualizacji dualnej konflikt dobroczynienia i nieszkodzenia zachodzi pomiędzy (*between*) pacjentami. Są to „rzadkie w medycynie” przypadki. Ich paradygmatycznymi przykładami są według S. Mattingly badania naukowe z użyciem probantów i pobieranie narządów do przeszczepów od żywych dawców. Tu, zgodnie z zasadą sprawiedliwości, twierdzi autorka, lekarze nie dysponują wolnością narażania jednych pacjentów na medyczną krzywdę w celu świadczenia dobra innym. Zgoda na pobranie narządu czy na udział w próbach klinicznych jest ujęta w ścisłe regulacje chroniące przed niesprawiedliwością dawców i probantów. Dlatego rekomendowanie przez lekarza zwolennika dualnego modelu terapii korzystnej dla płodu jako medycznie wskazanej dla obojga pacjentów byłoby sprzeniewierzeniem się bezstronności i lojalności, jakie winien jest brzemiennie pacjentce. Pojedyncze zalecenie dla dwojga pacjentów byłoby również z jego strony naruszeniem zasady dobroczynienia, gdyż nie obejmuje ona zezwolenia na równoważenie ciężarów jednego pacjenta korzyściami innego.

Analogię transplantacyjną modelu dualnego ilustrują w sposób spektakularny analizy autorki dotyczące problemu autonomii i zgody kobiety w ciąży na interwencję korzystną dla conceptusa. W takiej sytuacji rekomendacja lekarza jest propozycją leczenia płodu i – jeśli ciąża nie zagraża życiu lub zdrowiu matki – nieterapeutyczną sugestią skierowaną ku „matczynemu pacjentowi”. Stąd wymaga ona od kobiety dwu odmiennych odpowiedzi:

- a. zgody zastępczej na rzecz niekompetentnego „pacjenta płodowego”,
- b. zgody matczynego pacjenta (kobiety brzemiennej), co odróżnia terapię płodu od leczenia noworodka.

Żadna z nich, utrzymuje autorka, nie jest „standardowym” korzystaniem z autonomii przysługującej pacjentowi. W pierwszej kluczowa jest odpowiedzialność kobiety za dobrostan płodu. Niezgoda może zdyskwalifikować ją jako powiernika płodu, jednak, utrzymuje S. Mattingly, obowiązki lekarza względem niej jako pacjentki, co oczywiście, pozostają niezmiennione.

W drugim rodzaju odpowiedzi (b.) niezgoda matczynego pacjenta na medyczną interwencję nie służącą jej dobru, a często skutkującej medyczną krzywdą jest wyborem niezależnymi od autonomii, to znaczy, że nie jest ograniczana przez jej limity: niekompetencję czy szkodzenie innym. Limity te usprawiedliwiają w pewnych okolicznościach paternalizm jako działanie dla dobra podopiecznego

¹⁰ Gillon [2003] s. 307.

bez jego zgody czy nawet przy jego sprzeciwie. Krzywdzenie pacjenta bez jego przyzwolenia nie jest przejawem paternalizmu, lecz medycznym szkodzeniem.

Lekarz nie ma więc etycznych podstaw do przełamania niezgody kobiety. W tej sytuacji nie wystarcza również samo standardowe przyzwolenie, gdyż zwykła aprobata nie upoważnia lekarza do szkodzenia pacjentowi. Musi on uzyskać od kobiety brzemiennej zgodę o najwyższym stopniu kompetencji – świadomą, w pełni poinformowaną i pozbawioną elementów przymusu, czyli taką, do jakiej się dąży w przyżyciowym dawstwie narządów (i próbach klinicznych), konkluduje S. Mattingly.

Autorka w efekcie przedstawionych analiz modelu dualnego formułuje dwa wnioski istotne dla moich dalszych analiz:

- a. z punktu widzenia bioetyki (S. Mattingly używa terminu „etyka profesjonalna”) przeszkodą utrudniającą działanie dla dobra płodu w modelu dualnym nie jest autonomia matczyne pacjenta, lecz obowiązek nieszkodzenia kobiecie ciężarnej,
- b. w przypadku zaakceptowania przez środowisko położników i specjalności pokrewnych analogii transplantacyjnej, profesjonalności – przede wszystkim lekarze – staną się odpowiedzialni za neutralizowanie ewentualnej moralnej presji wywieranej na kobietę brzemienną, bez względu na jej źródła, oraz za uzyskanie pewności, że każde matczyne poświęcenie dla dobra płodu jest w pełni dobrowolne. Jak można się domyślać – po uzyskaniu takiej pewności – jednym z pierwszych etycznych obowiązków klinicystów stanie się pomoc kobietom w wypełnianiu ich powierniczych obowiązków względem płodu. Wówczas, jeśli moje przypuszczenie jest słuszne, lekarz uzyskuje etyczne pełnomocnictwo do traktowania brzemiennych podopiecznych jak matek działających dla dobra conceptusa oraz płodów jak pacjentów (nie tylko w metaforycznym sensie).

Według mnie zastosowane przez autorkę porównanie sytuacji kobiety ciężarnej w koncepcji dualnej z okolicznościami przyżyciowego dawstwa organów stawia pod znakiem zapytania drugi z wniosków. Twierdzę bowiem i pogląd ten obszerniej uzasadniam na innym miejscu, że żadne z etycznych usprawiedliwień zgody dawcy „nie jest w pełni satysfakcjonujące”. I tylko niechęć przed nadmiernym rygoryzmem moralnym, którego przejawem byłoby zaniechanie tej metody pozyskiwania materiału do transplantacji, powstrzymuje mnie przed jej odrzuceniem. Jej stosowanie należy jednak uznać za etycznie wątpliwą procedurę leczni-

czą ostatniej szansy¹¹. Stąd, przez analogię, także i model dwojga pacjentów należałoby potraktować jako konstrukcję naznaczoną metodologicznym deficytem będącym skutkiem braku przekonującego etycznego ufundowania.

Również dyskusja społeczna wokół transplantologii pokazuje, że w dużej mierze iluzją jest postulat maksymalnej ochrony autonomii brzemiennej kobiety przed naciskami z zewnątrz, czy to bliskich, czy samego środowiska medycznego, a także Kościoła katolickiego¹². Mówi się wszakże o „rodzinnym dawstwie organów”.

Sceptycy obawiają się, że wśród osób połączonych szczególnie intymnymi relacjami może dojść do zjawiska „nieodparcie atrakcyjnej zgody”: bliski, np. rodzic nie jest w stanie odmówić nerki, która ratuje życie jego dziecka. Pojawia się podejrzenie, że w tej sytuacji mamy do czynienia z przymusem psychologicznym i społecznym, z rodzajem propozycji nie do odrzucenia, a nie z rzeczywistym autonomicznym wyborem i zgodą o najwyższym stopniu kompetencji. Innymi słowy, kobieta w modelu dualnym jest narażona na różnorakie i silne wpływy zewnętrzne podważające jej wolność decyzyjną nie tylko w sposób bezpośredni, ale także – i o wiele częściej – pośrednio, przez presję społeczną wykorzystującą motyw „dobrej matki”. Ta druga forma może być bardziej opresyjna i trudniejsza do wykrycia i zneutralizowania niż bezpośrednia postać przymusu.

Analogizowanie diady kobieta brzemienna – płód z dawstwem narządów i próbami klinicznymi ma jeszcze i tę istotną wadę, że powiększa – i tak już znaczą – medykację ciąży, oddającą brzemiennosc i poród w niemal całkowite władanie lekarzy. Nawet normalnie przebiegająca ciąża i narodziny są traktowane przez nich, jak procesy patologiczne wymagające ciągłej kontroli medycznej¹³.

W następnej części zbadam, czy można tak zinterpretować model dualny, aby mimo odrzucenia transplantacyjnych analogii, zrealizować postulat (ponownego) pomagania kobietom w wypełnianiu ich powierniczych obowiązków względem płodu, przy jednoczesnej maksymalnej ochronie ich autonomii decyzyjnej.

Zależny moralny status płodu i decyzja kobiety ciężarnej

Redaktorzy holenderskiego dokumentu *Opieka nad dzieckiem nienarodzonym* stwierdzają, że pojęcie płodu jako pacjenta jest „koncepcją dwuznaczną”¹⁴. Zasy-

¹¹ Szewczyk [2009] s. 162-166.

¹² Nowacka [2003] s. 131 i n.

¹³ Szewczyk [bdw.b.].

¹⁴ Health Council of the Netherlands [2009] s. 25-26.

gnalizowane wcześniej postępy w medycynie prenatalnej umożliwiają lekarzom coraz skuteczniejsze wykrywanie, a w wielu przypadkach także korekcję bądź leczenie części wad rozwojowych. Jest więc „zrozumiałe”, że do płodów zaczęli „odnosić się jak do pacjentów”. W ich ślady poszli także inni członkowie społeczeństwa. „To jednak nie mówi albo nie znaczy nic ponadto, że płód jest lub może być podmiotem medycznej interwencji”. Takie rozumienie terminu „pacjent” jest, zdaniem redaktorów, jego ujęciem opisowym.

„Jednakże – czytamy w referowanym dokumencie – słowo »pacjent« to coś więcej niż tylko deskryptywny termin. Prowadzi ono nieuchronnie do ocen normatywnych”. Te ze swej strony zaczynają odgrywać samodzielną rolę w dotychczas nierozstrzygniętej debacie o tym, czego można oczekiwać od lekarzy i kobiet brzemiennych.

Łatwość, a nawet nieuchronność przechodzenia opisowego sensu w normatywny czyni pojęcie płodowego pacjenta koncepcją dwuznaczną. Prowadząc wspomnianą debatę należy ustawicznie uważać na oddzielanie tych dwu odmiennych konotacji. Ich pomieszanie grozi niebezpieczeństwem zniknięcia z dyskursu kobiety brzemiennej i relacyjnego charakteru ciąży. Kolejnym zagrożeniem jest niebezpieczeństwo błędnego wniosku, że płód ma prawo, czy też tytuł do interwencji medycznych. „Oczywisty błąd” tej konkluzji wynika z pomieszania obu znaczeń – deskryptywnego i opisowego. Tymczasem to, „czy płód »ma prawo do leczenia« jest oddzielną kwestią, której nie można rozstrzygnąć przez prostą obserwację rosnących możliwości terapii płodu”. Inaczej mówiąc, nie ma logicznego przejścia od opisu do normy. Co więcej, normatywne ujęcia płodu dotyczące jego moralnego statusu „różnią się fundamentalnie”. Okoliczność ta „w każdym razie powinna być powodem wstrzymania się przed narzucaniem czegokolwiek brzemiennej kobiecie”, konkludują redaktorzy holenderskiego dokumentu.

Stosując terminologię zaproponowaną przez S. Mattingly, można powiedzieć, że model dualny jest w części rezultatem wspomnianej nieuchronności ześlizgiwania się opisowego pojęcia płodu jako pacjenta w normatywne. Różnice w definiowaniu tego statusu sprawiają, że i w tym ujęciu mamy do czynienia z fundamentalnymi odmiennymi jego definicji wartościujących. Utrudniają one bądź nawet uniemożliwiają zbudowanie jednolitych teoretycznych ram uzasadniających model dwojga pacjentów. Co ciekawe, zarówno u autorki, jak i u redaktorów *Opieki nad dzieckiem nienarodzonym* pojawia się sugestia, że początki pomieszania pojęciowego znajdują się w profesji lekarskiej. Jej członkowie w dużej mierze jednostronnie narzucili społeczeństwu własne odczucia dotyczące statusu płodu i jego relacji do kobiety w ciąży.

Sugestię silnego światopoglądowego wpływu lekarzy na społeczeństwo – tym razem w odniesieniu do noworodków – potwierdza spostrzeżenie Williama Silvermana, pediatry i jednego z pionierów neonatologii. Twierdzi on, że idea ratowania wszystkich urodzonych dzieci bez względu na ich kondycję zdrowotną jest stosunkowo nową postawą, której nie poprzedził jakikolwiek pełniejszy dialog między lekarzami i społeczeństwem¹⁵.

Ostateczny wniosek S. Mattingly i Holendrów jest również bardzo podobny: należy chronić wolność prokreacyjną kobiety przed zewnętrznym przymusem. Jednak drogi dojścia do niego są odmienne. Redaktorzy dokumentu odwołują się do błędu naturalistycznego i fundamentalnych różnic w uzasadnianiu statusu moralnego płodu. S. Mattingly do obowiązków profesjonalnych lekarzy wynikających z (bio)etycznych pryncypiów dobroczynienia, nieszkodzenia (i sprawiedliwości).

Autorka wydaje się akceptować dualny medyczny model relacji matka – płód, pod warunkiem stosowania przez lekarzy wspomnianych zasad. Wówczas stanie się on w pełni analogonem modelu przyżyciowego dawstwa narządów. O wadach tej propozycji pisałem w poprzednim paragrafie. Redaktorzy dokumentu opowiadają się za modelem kompleksowym. Jest to pragmatyczne stanowisko, za którego przyjęciem przemawia różnorodność normatywnych uzasadnień statusu płodu i właściwa demokracji zasada liberalizmu światopoglądowego. Jednakże zauważona przez nich „nieuchronność” pojawiania się ocen normatywnych popychać będzie, jak można przypuszczać, ich ujęcie w kierunku modelu dualnego relacji kobieta brzemienna – płód. Będzie też, jak sądzę, trwałą pobudką skłaniającą do poszukiwania solidniejszego niż analogia i pragmatyzm, teoretycznego uzasadnienia kompleksowego modelu jednego pacjenta.

Za próbę takiego właśnie pogłębionego teoretycznego ufundowania ujęcia kompleksowego uznać można według mojej opinii propozycję Franka Chervenaka i Laurence McCullougha. Zasługuje ona na szerszą prezentację i analizę z trzech powodów:

1. jest metodologicznie interesującą próbą uzasadnienia normatywnego statusu płodu jako pacjenta, przy jednoczesnym dążeniu do zachowania kluczowego elementu modelu jednego pacjenta – autonomii decyzyjnej kobiety brzemiennej.
2. Warto ją omówić ze względu na jej unikatowość. Jest to na dobrą sprawę jedyna tego rodzaju propozycja, co świadczy o wspomnianym na początku

¹⁵ Silverman [1981] s. 12.

poprzedniego paragrafu braku szerszego etycznego uzasadnienia przyznania płodowi statusu pacjenta. Częściej spotkać można tyleż bezradne, co mylące sformułowania w rodzaju: „Płody nie są »pacjentami« w rzeczywistym znaczeniu, lecz jedynie w sensie metaforycznym lub przez analogię”¹⁶.

3. Jest prezentowana w specjalistycznych periodykach lekarskich. Może mieć zatem wpływ na profesjonalne relacje lekarzy z brzemiennymi kobietami.

Punktem wyjścia omawianej koncepcji są poczynione przez F. Chervenaka i L. McCullougha dystynkcje dotyczące niezależnego (*independent*) i zależnego (*dependent*) statusu moralnego¹⁷. Pierwsze określenie zazwyczaj nie pojawia się w literaturze przedmiotu w przeciwieństwie do jego treści, którą z reguły wyraża termin „osoba”.

Niezależny status ma podstawy w charakterystyce danej całości, jest jej wewnętrzną cechą i nie zależy od innych całości (ludzi). To immanentne ufundowanie czyni ją całością (w odniesieniu do bytów ludzkich – osobą) mającą interesy i prawa je chroniące, z prawem do życia włącznie. Ludzie zaś „mają obowiązek ochrony i dbałości o interesy całości, której ten status przysługuje”. Nasze obowiązki oparte są tu na podstawie praw (*rights-based*) takich całości.

Natomiast zależny moralny status oznacza, że ludzie „mają obowiązek ochrony i dbałości o interesy całości ponieważ istnieje społeczna rola utworzona dla tego celu”. Obowiązki ufundowane są nie na prawach lecz na dobroczynieniu (*beneficence-based*). W kontekście tematyki artykułu istotne są trzy role: lekarza, szerzej – pracownika systemu opieki zdrowotnej, pacjenta oraz szkicowana *implycite* przez autorów społeczna funkcja kobiety brzemiennej (matki).

Tocząca się w przestrzeni publicznej debata dotycząca niezależnego (osobowego) statusu płodu (=dziecka nienarodzonego) jest nierozstrzygalna z powodu fundamentalnych, niedających się pogodzić różnic źródeł, z których czerpią dyskutanci; są to źródła religijne, teologiczne i filozoficzne nie mające wspólnej konceptualnej ramy. Jedynym wyjściem z patowej sytuacji jest skorzystanie z konstrukcji zależnego statusu, utrzymują jej autorzy. Pozwoli ona, jak twierdzą, na zbudowanie nie tyle takiej ramy, ile kładki nadbudowanej nad nierozstrzygalnymi światopoglądowymi sporami. Jest to bowiem konstrukcja oparta na obiektywnych podstawach niezależnych od prywatnych przekonań obywateli i dzięki temu

¹⁶ Dickens, Cook [2003] s. 87.

¹⁷ McCullough, Chervenak [2008] s. 34-39.

gwarantujących taki sam obiektywizm normatywnemu „wkładowi” w opisowe używanie frazy „dziecko nienarodzone”.

W opiece zdrowotnej korzystanie z koncepcji zależnego statusu moralnego pacjenta umożliwiło zdaniem F. Chervenaka i L. McCullougha ukształtowanie się pod koniec XVIII stulecia medycyny jako profesji i społecznej roli lekarza. Nastąpiła wówczas transformacja roli chorego (*sick*) w rolę pacjenta właśnie. Od tego czasu pacjent uzyskał moralny status zależny od „zobowiązania lekarzy do wypełniania ich profesjonalnego, powierniczego obowiązku ochrony i wspierania zdrowotnych, jak i nie związanych ze zdrowiem interesów jednostek będących pod ich opieką”.

Wynika stąd moim zdaniem, że zależność statusu od akceptowanej społecznie roli lekarza czyni go konceptem obiektywnym, co najmniej w sensie umowy, jako kontraktu między profesją medyczną i społeczeństwem, przede wszystkim o charakterze etycznym¹⁸. Ze swej strony ów etyczny charakter umowy bazującej na dobroczynieniu sprawia, że obiektywna konstrukcja zależnego statusu zachowuje normatywną naturę. Budowana kładka zależnego statusu zyskuje pierwszą obiektywną podporę.

W ten sposób definiowany zależny moralny status pociąga za sobą dwuskładnikowość etycznej koncepcji bycia pacjentem:

- a. jednostka jest okazywana lekarzowi lub innemu pracownikowi systemu opieki zdrowotnej,
- b. istnieje kliniczna interwencja, od której można wiarygodnie oczekiwać medycznej korzyści (*benefit*) dla tej jednostki.

Aby jednostka stała się pacjentem w etycznym znaczeniu tego terminu, musi wejść w relację z lekarzem lub innym pracownikiem służby zdrowia i musi istnieć dobroczynna dla niej procedura, gdyż – powtórzę – powinności w społecznej roli oparte są na dobroczynieniu.

Natomiast płód jako pacjent jest „po prostu szczególnym przypadkiem tej generalnej moralnej kategorii bycia pacjentem”. Zbadajmy na czym polega jego szczególność. *Conceptus* staje się pacjentem, gdy:

- a. jest okazany lekarzowi lub innemu pracownikowi systemu opieki zdrowotnej,
- b. istnieje medyczna interwencja, od której można wiarygodnie oczekiwać klinicznej korzyści dla dziecka – i później dla osoby, którą dziecko się stanie (ok. drugiego roku życia, zdaniem autorów).

¹⁸ Szewczyk [2009] s. 25-26.

Zauważmy, że autorzy mówią o klinicznych dobrodziejstwach dla dziecka i późniejszej osoby, której przysługuje, oprócz zależnego, także niezależny moralny status. W tym miejscu zasygnalizuję, że F. Chervenak i L. McCullough nie podają praktycznie żadnego uzasadnienia dla leżącego u podstaw warunku b. założenia, zgodnie z którym procedura musi być korzystna dla dziecka, a nie dla płodu, niezależnie, czy się stanie dzieckiem czy nie. Według mnie nie wynika ono logicznie z generalnej etycznej koncepcji bycia pacjentem. Jest to poważne pęknięcie będące – jak sądzę – źródłem błędów metodologicznych prowadzących do teoretycznej dyskwalifikacji analizowanej koncepcji.

Odkładając ich wskazanie do końcowych partii artykułu, przejdę do konsekwencji dla praktyki klinicznej wynikających z takiego właśnie ujęcia warunku b. etycznej koncepcji pacjenta płodowego. Autorzy wskazują na następujące rezultaty:

1. płody z wiarygodnie zdiagnozowanymi śmiertelnymi wadami „nie są pacjentami; właściwe jest ich uznanie za płody umierające”¹⁹. Wynika stąd wniosek, że pacjentami są tylko płody zdolne do przeżycia.

2. Oparte na dobroczynieniu obowiązki lekarza w stosunku do płodowego pacjenta ograniczane są przez jego kondycję zdrowotną i ustają całkowicie wraz ze zdiagnozowaniem śmiertelnej dysfunkcji conceptusa.

Określanie stanu zdrowotnego płodu stanowi według autorów prerogatywę profesjonalistów medycznych i oparte jest na obiektywnych przesłankach naukowych. Oznacza to, że również ich etyczne obowiązki oparte na bazie dobroczynienia podbudowywane są bezstronnością właściwą nauce, a nie tylko społecznie akceptowanemu kontraktowi roli społecznej. Tym sposobem konstruowana kładka zależnego statusu uzyskuje drugą podporę. W zamyśle autorów jest ona bodaj bardziej solidna niż podstawa roli społecznej lekarza (pracownika systemu opieki zdrowotnej).

3. „Kliniczne zastosowanie” omawianej koncepcji zależy od „połączenia” (*link*) istniejącego między płodem a jego stawianiem się dzieckiem i osobą. Autorzy mówią o dwu takich łącznikach.

Pierwszym i krytycznym dla dalszego stawiania się dzieckiem jest kryterium zdolności do życia poza organizmem kobiety (*viability*), również przy pełnym technologicznym wsparciu życia noworodka. Autorzy na podstawie danych empirycznych sytuują ją w granicach 24 tygodnia wieku ciążowego²⁰. Powyżej tej granicy usunięcie ciąży przy braku letalnych bądź innych poważnych anomalii

¹⁹ Chervenak, McCullough [1996] s. 118.

²⁰ Chervenak, McCullough, Levine [2007] s. 5.

płodu jest „opcją etycznie nie dającą się zaakceptować”. Inaczej mówiąc, autorzy dopuszczają aborcję ciężko uszkodzonych płodów także powyżej tej granicy; uzasadnia to punkt 2.

Natomiast przed uzyskaniem takiej zdolności jedynym łącznikiem jest „decyzja kobiety brzemiennej o kontynuowaniu ciąży” aż do jej nabycia przez płód. W tym stadium rozwoju prenatalnego (*pre-viability; pre-viable fetus*) kobieta cieszy się wolnością „przekazania” (*confer*) moralnego statusu na płód, wstrzymywania się przed transferem lub cofnięcia już przekazanego statusu. Przekazanie to jest bez reszty zależne od kobiety czerpiącej etyczne motywy i instrukcje działania z różnych kulturalnych, religijnych bądź jeszcze innych źródeł. Podkreślę: kobieta nie nadaje statusu, lecz go przekazuje, gdyż jest on zależny od roli społecznej lekarza. W akcie transferu jest przed granicą 24 tygodnia wieku ciążowego całkowicie wolna. Obrazowo mówiąc, przekazanie normatywnego wkładu w opisowe pojęcie dziecka nienarodzonego jest wprowadzeniem płodu przez kobietę na obiektywną kładkę zależnego statusu.

Istnienie płodu po uzyskaniu zdolności do życia poza macicą (*viable fetus*) nie jest już bez reszty uzależnione od postanowienia kobiety o jego dalszym trwaniu. Tu decydującym czynnikiem jest kondycja zdrowotna conceptusa i zaawansowanie technologiczne medycyny przesądzające o zdolności do przeżycia płodu *ex utero*, będącej niezależnym od decyzji kobiety łącznikiem między zdolnym do życia płodem a dzieckiem i przyszłą osobą.

Od uzyskania przez płód zdolności do życia poza organizmem kobiety otwierające się (drugie) łącze „wpuszcza” go na kładkę zależnego statusu. Jednak conceptus nawet w tym stadium rozwojowym nie może dobrowolnie okazać się lekarzowi. Dlatego, jak zauważają autorzy, medycyna matczyno-płodowa ma pewną „unikalną cechę”. Mianowicie to, czy płód zdolny do życia *ex utero* powinien być w danym przypadku „uznany za okazanego lekarzowi, jest – w części – funkcją autonomii kobiety brzemiennej”²¹.

Już nie w całości, gdyż ma ona powierniczy obowiązek dobro czynienia w stosunku do conceptusa zdolnego do życia. Spełnia go, okazując płód pracownikowi systemu opieki zdrowotnej i podejmując „rozsądne ryzyko medycznej interwencji korzystnej dla płodu zdolnego do przeżycia *ex utero* lub późniejszego dziecka”. Okazanie lekarzowi jako pierwszy warunek bycia pacjentem nie leży już całkowicie w gestii kobiety. Jest ono tylko w części zależne od autonomii.

Pracownicy systemu opieki zdrowotnej wypełniając profesjonalny obowiązek działania dobroczynnego dla płodu muszą ważyć go z powinnościami opar-

²¹ Chervenak, McCullough [1996] s. 118.

tymi na autonomii kobiety i na dobroczynieniu w stosunku do niej. „Z tych powodów, podkreślają F. Chervenak i L. McCullough, zdolny do życia poza macicą płodowy pacjent nie może być rozumiany jako oddzielny pacjent”²².

W tym miejscu konstrukcji budowanej przez F. Chervenaka i L. McCullougha spotykamy się z kolejną teoretyczną jej słabością. W świetle analiz poprzedniej części przywołane stwierdzenie brzmi czysto deklaratywnie. Autorzy wydają się przypisywać płodowi zdolnemu do życia *ex utero* jakiś wyższy stopień zależnego statusu moralnego niż *conceptusowi* jeszcze nie mającemu tej wydolności. Etyczna koncepcja płodu zdolnego do życia jako pacjenta jest tu w większej mierze funkcją obiektywnych osądów klinicznych specjalistów i dostępnej techniki, w o wiele zaś w mniejszym stopniu zależy od autonomii kobiety ciężarnej. Płód *de facto* staje się dla profesjonalistów pacjentem w stosunku do którego mają obowiązki niezależne od powinności skierowanych ku kobiecie brzemiennej jako pacjentce.

F. Chervenak i L. McCullough zdają się dostrzegać tę deklaratywność, gdy stwierdzają, że ich zadaniem jest danie odpowiedzi na pytanie, jak powinniśmy traktować płód, a nie kwestia, czy ma on niezależny status czy go nie ma. Przed uzyskaniem przez płód zdolności do życia poza macicą, oparte na podstawie dobroczynienia traktowanie *conceptusa* jest całkowicie zależne od decyzji kobiety. Odwołując się do terminologii S. Mattingly można powiedzieć, że kobieta brzemienna jest pacjentem kompleksowym. Natomiast po uzyskaniu tej zdolności na kobietę nakładane jest wspomniane zobowiązanie do podjęcia „rozsądnego ryzyka” medycznej interwencji, od której można wiarygodnie oczekiwać korzyści dla płodu lub przyszłego dziecka. Budowana konstrukcja zaczyna zbliżać się do modelu dualnego.

Od przekształcenia się w to ujęcie może ją ewentualnie uchronić myśl zawarta jak sądzę *implicite* w podanym rozumowaniu, że kobieta brzemienna wraz z przekroczeniem przez płód granicy zdolności przeżycia poza jej ciałem „wchodzi” w społeczną rolę kobiety w ciąży bądź nawet matki. Jak zauważa David Wasserman mamy inklinację do ujmowania obowiązków specyficznych dla roli rodziców jako obligacji ukierunkowanych na dobrostan dzieci i rodziny. W moralnym aspekcie rola matki czy szerzej: rodziców, jest podobna do roli oraz powinności lekarza (i prawnika)²³.

Wysunięte przypuszczenie usprawiedliwia, przynajmniej częściowo, brak pełniejszego ukazania przez autorów teoretycznej podstawy zobowiązania kobie-

²² McCullough, Chervenak [2008] s. 38.

²³ Wasserman [2005] s. 141-143.

ty brzemienną do działania dobroczynnego dla płodu; nie pokazują powodów, dla których przeżycie płodu *ex utero* i to we względnie dobrej kondycji zdrowotnej ma nakładać to zobowiązanie. Jeśli moja teza jest słuszna, kobieta rolę matki zaczyna także spełniać po podjęciu trwałej decyzji kontynuowania ciąży.

Współgranie moralnych obligacji ról lekarza i matki sprawia, że zależny status płodu staje się „zależny” od obu tych społecznych funkcji, a płód nie może być rozumiany jak pacjent oddzielny od kobiety brzemienną w jej społecznej roli. Zatem, również w przypadku płodów powyżej 24 tygodnia wieku ciążowego mielibyśmy do czynienia z modelem jednego pacjenta, mimo innych sposobów postępowania wobec płodów (i kobiet). Ceną zaproponowanej próby złagodzenia wspomnianej deklaracyjności zapewnienia o nieoddzielaniu płodowego pacjenta od kobiety, jest włączenie jej w społeczną rolę matki (kobiety brzemienną). Jak pokażę niżej, konsekwencje takiego zabiegu mogą być bodaj bardziej negatywne dla kobiety niż skutki modelu dualnego po przyjęciu „analogii transplantacyjnej”.

Koncepcja płodu jako pacjenta spotkała się z dwojakiego rodzaju krytyką: zwracającą uwagę na braki metodologiczne i odwołującą się do konsekwencji ewentualnego jej przyjęcia.

Carson Strong punktuje niespójność metodologiczną będącą skutkiem definiowania przez F. Chervenaka i L. McCullougha roli społecznej²⁴. Przypomnę, że jeśli taka rola, np. lekarza, zostanie utworzona, wówczas jej członkowie „mają obowiązek ochrony i dbałości o interesy” całości o zależnym od roli statusie moralnym, np. pacjentów. To, że ich powinność jest ufundowana na dobroczynieniu nie zmienia faktu, iż autorzy mówią o interesach. Stąd wniosek C. Stronga, że w analizowanej koncepcji również płody jako pacjenci – także przed granicą zdolności do życia *ex utero* – mają interesy. To zaś stoi w sprzeczności z szeroko uznawanym poglądem, że ich posiadanie zakłada obecność „pewnego typu czucia bądź świadomości”. Mogą oni wprawdzie odrzucić to przekonanie argumentując, że płody mają łączyć do późniejszej oczekiwanej jednostki, która będzie świadoma. Jednakże przyznanie, że już najwcześniejsze formy prenatalne mają „teraz” interesy, tylko dlatego, że normalną kolejną rzeczy rozwiną się w dzieci i osoby, oznacza uznanie ich wewnętrznej wartości, choć nie musi ona być pełnym moralnym statusem. Niezależna wartość wynika z ich immanentnej zdolności do stawania się świadomym bytem. Jednak przyjęcie przez F. Chervenaka i L. McCullougha założenia o zależnym statusie wyklucza „jak się zdaje” ten sposób obrony.

Zbliżony zarzut wysuwa Stephen Brown, nie wiążąc go jednak z rolą społeczną lekarza. Krytyk ten utrzymuje, że wbrew temu co twierdzą autorzy, ich

²⁴ Strong [2008] s. 40.

koncepcja „immanentnie przypisuje” płodowi niezależny status „i opiera się” na nim²⁵. Przekonanie swoje S. Brown wywodzi z następującej przesłanki. Płody według F. Chervenaka i L. McCullougha mają zależny status, nie mają praw. To samo wszakże można powiedzieć o noworodkach. Mógłby stąd płynąć wniosek, że dzieciobójstwo nie narusza praw dziecka. Koncepcja autorów nie dopuszcza takiej możliwości, gdyż zdrowy noworodek ma już „ustalone” łącznie prowadzące do osiągnięcia niezależnego statusu. Akceptują jednak aborcję płodów z poważnymi wadami, również po przekroczeniu granicy zdolności do przeżycia poza organizmem kobiety. Tym sposobem ich konstrukcja mogłaby otworzyć drogę do zabójstwa lub eutanazji noworodków i starszych dzieci, którym upośledzenie neurologiczne nie pozwoli na osiągnięcie niezależnego moralnego statusu. Jeśli jej autorzy sądzą, że takie rozwiązanie jest etycznie niedopuszczalne, to muszą zakładać, że status moralny płodu jest „wyraźnie odmienny” od statutu wspomnianych dzieci. A także muszą przyjmować, że tym, co rzeczywiście tworzy oparty na dobroczynieniu obowiązek w stosunku do płodu jest jego „niezależny neurologiczny status”, a nie zdolność do przeżycia i zewnętrzne czynniki technologiczne.

Jako podsumowanie komentowanego braku w koncepcji F. Chervenaka i L. McCullougha przywołam pogląd redaktorów *Opieki nad dzieckiem nienarodzonym*. Według nich „iluzją” jest szukanie odpowiedzi na pytanie, jak postępować wobec płodu bez rozstrzygnięcia, choćby implicite, kwestii statusu moralnego płodu²⁶. Należy jednak dodać, że jest to słuszny pogląd tylko w sytuacji, gdy – jak to czynią F. Chervenak i L. McCullough – przypisuje się płodowi jakiś rodzaj moralnego statusu, z którego mają wynikać te obowiązki. Okazuje się wówczas, jak stwierdzają krytycy, że ten zależny status ma wiele wspólnego z wewnętrzną wartością. Według S. Browna to ona de facto usprawiedliwia powinności należne płodowi. Natomiast C. Strong jest w swej krytyce bardziej radykalny. F. Chervenak i L. McCullough nie mogą przejść ponad dotychczasową debatę na temat statusu moralnego płodu, jeśli przejściem tym jest skonstruowana przez nich (rzekomo) obiektywna kładka zależnego statusu conceptusa.

Wymienione braki są w mojej opinii skutkiem zasygnalizowanego wyżej metodologicznego pęknięcia. Natomiast w kolejnym artykule C. Strong precyzuje jeszcze jeden fundamentalny zarzut, stwierdza mianowicie, że autorzy przyznając płodowi zależny moralny status błędnie zastosowali samo pojęcie moralnego statusu, gdyż uzależnili je od profesjonalnej relacji lekarz – pacjent. Tymczasem poszczególne role społeczne nie tworzą statusu moralnego, lecz specyficzne obo-

²⁵ Brown [2008] s. 48.

²⁶ Health Council of the Netherlands [2009] s. 21.

wiązki związane z nimi. Jeśli jednostka ma jakiś określony moralny status, to wszyscy mamy obowiązki wobec niej, np. jeżeli jest osobą, to nie powinniśmy jej krzywdzić, niezależnie czy jesteśmy pracownikami systemu opieki zdrowotnej, czy nie. Dlatego też dookreślenie „zależny” zastosowane przez F. Chervenaka i L. McCullougha niczego nie zmienia. Konstruowany przez nich moralny status nie jest bowiem w ogóle moralnym statusem w powszechnie używanym rozumieniu tego określenia²⁷.

Krytyka C. Stronga moim zdaniem doprowadziła do całkowitej metodologicznej destrukcji analizowanej koncepcji. Obrazowo rzecz ujmując, nie ma już i samej kładki i podpór ją utrzymujących. Zaś kobieta brzemienna nie ma czego przekazywać płodowi przed granicą jego zdolności do przeżycia ex utero. Metodologicznie podważa ona także moją próbę złagodzenia deklaratywności zapewnień autorów o niewyodrębnianiu płodu jako oddzielnego pacjenta, polegającą na odwoływaniu się do roli matki zbieżnej w powinnościach z rolą lekarza.

Na negatywne dla kobiety w ciąży konsekwencje przyjęcia propozycji F. Chervenaka i L. McCullougha wskazuje Anne Lyerly ze współautorkami²⁸. Szczególnie niepokoją je efekty dyskursu o płodowym pacjencie. Po pierwsze, może on wzmacniać w społeczeństwie tendencję do myślenia o płodzie jako całości odrębnej od kobiety brzemiennej. Może nasilać taką postawę również i u tych kobiet, co jest dla autorek jedną z poważniejszych wad krytykowanej konstrukcji pojęciowej. Skutkiem będzie myślenie o kobiecie w ciąży raczej jako o środowisku płodu niż jako odrębnym pacjencie z własnymi prawami. Przemiana ciała kobiety w środowisko conceptusa znakomicie ułatwia rozmaite „manipulacje zmierzające do osiągnięcia terapeutycznych celów”. Oddziaływanie to wynika z faktu, że termin „pacjent” w paradygmatycznym znaczeniu kojarzy się z jednostką „fizycznie zindywidualizowaną i całkowicie odrębną od innych”.

Po drugie, nazwanie płodu pacjentem wprowadza zamieszanie w hierarchii obowiązków lekarza, którym – odwołując się do terminologii S. Mattingly – zawsze grozi dualny medyczny model relacji kobieta – płód. Da się już wskazać, również w Polsce, tragiczne okoliczności potwierdzające wagę rozpoznania pierwszeństwa obowiązków klinicysty wobec kobiety brzemiennej²⁹.

Na podobne niepożądane skutki wskazują pozostali autorzy przywoływani w tej części artykułu. Z przedstawionych opinii wynika jednoznacznie, że nadzieja F. Chervenaka i L. McCullougha teoretycznej podbudowy koncepcji płodu jako

²⁷ Strong [2011] s. 52.

²⁸ Lyerly, Little, Faden [2008] s. 42-44.

²⁹ Z. przeciwko Polsce [2008].

pacjenta z jednoczesnym ocaleniem autonomii kobiety właściwej modelowi kompleksowemu okazała się płonna. Efekty niekorzystne dla kobiet w ciąży nie różnią się od podobnych oddziaływań ujęcia dualnego. Niepowodzenie autorów można potraktować jako wskaźnik daremności wszelkich prób interpretacji modelu podwójnego pacjenta zmierzających do uniknięcia dylematów wskazanych przez S. Mattingly.

Krytycy pomijają milczeniem jeszcze jedną, dyskusyjną jak sądzę, cechę analizowanej konstrukcji. Jak wspominałem, całość wywodów F. Chervenaka i L. McCullougha sugeruje, że wyprowadzają obowiązki profesjonalistów i kobiet wobec płodów po osiągnięciu przez nich zdolności do samodzielnego przeżycia nie tylko z roli lekarza, lecz także ze społecznej funkcji „kobiety brzemiennej”. Nie jest jasne, czy odróżniają oni tę rolę od roli matki dziecka już urodzonego. Myślę jednak, że nie ma sensu wnikanie w takie subtelności. W społecznym odbiorze bardzo często już kobieta w mało zaawansowanej ciąży kojarzona jest z matką.

Spółeczny automatyzm generalizacji skojarzeń z rolą matki uruchamia kolejny czynnik nacisku na autonomię decyzyjną kobiet. Za jego sprawą powinności kobiety brzemiennej, niezależnie od zaawansowania ciąży, zyskują (rzekomo) obiektywny charakter nieuwarunkowany przekonaniem religijnymi i światopoglądowymi. Stąd też odwoływanie się do roli kobiety w ciąży może silnie wzmacniać asocjacje z powinnościami „dobrej matki”, także przed przekroczeniem przez conceptusa progu zdolności do życia ex utero. Akcentowanie przez F. Chervenaka i L. McCullougha autonomicznego charakteru decyzji kobiety wobec płodów poniżej 24 tygodni wieku ciążowego zostanie przekreślone przez zasygnalizowane już w pierwszej części artykułu, rozpowszechnione uogólnienie.

Zakończenie

W generalnie chybionej propozycji F. Chervenaka i L. McCullougha chcę jednak wskazać na dwie jej pozytywne cechy. Pierwszą jest położenie akcentu na decyzję kobiety ciężarnej. Przed osiągnięciem przez conceptusa dojrzałości do życia ex utero ma ona (teoretycznie) nieograniczoną wolność decydowania o losie płodu – przekazania mu zależnego statusu moralnego. Drugą korzystną własnością konstrukcji jest podjęta przez jej autorów próba odejścia od języka praw płodu i kobiety na rzecz powierniczego obowiązku dobroczynienia względem conceptusa. Porażkę ponieśli przy próbie teoretycznego uzasadnienia wolności decyzyjnej kobiety i połączenia powinności z autonomią.

Całość pracy sugeruje, mam taką nadzieję, że na podobne niepowodzenie mogą być skazane wszystkie dualne modele relacji kobieta brzemienna – conceptus. Jeżeli wysunięta teza jest trafna, wówczas na tytułowe pytanie należałoby od-

powiedzieć: płód nie jest pacjentem (także w metaforycznym znaczeniu tego terminu) i nie powinien być traktowany jak pacjent odrębny od kobiety brzemiennej.

Także model kompleksowy diady kobieta – płód wymaga dalszych analiz, gdyż pewne jego wyznaczniki mogą pozostawać w sprzeczności z obecnym stosunkiem społeczeństw zachodnich do form prenatalnych ludzkiego życia. Myślę przede wszystkim o pojawiającym się w artykule S. Mattingly możliwym wzorcem rozstrzygnięcia przez lekarzy potencjalnego konfliktu między matczynymi i płodowymi potrzebami, przejawiającego się w obrębie tej organicznej całości. Wyraźnie zaznacza się w nim tendencja do zrównywania conceptusa z pozostałymi narządami jednego kompleksowego pacjenta.

Inspirujący moim zdaniem punkt wyjścia do dalszych rozważań nad modelem kompleksowym dają prace Davida Heyda³⁰ i Ronalda Dworkina³¹. U pierwszego godne bliższego rozważenia jest postawienie na radykalną autonomię decyzyjną kobiety (partnerów) oraz zerwanie z wywodzeniem obowiązków względem form prenatalnych z roli społecznej matki (rodziców). Natomiast świeckie ujęcie świętości życia jako jego wewnętrznej wartości podane przez R. Dworkina, może dostarczyć narzędzi niepozwalających na redukowanie nasciturusa do poziomu jednego z narządów kompleksowego pacjenta. Propozycje obu autorów będą przedmiotem analiz następnego artykułu, w zamyśle tworzącego pozytywne uzupełnienie niniejszych rozważań.

Bibliografia

- Brown [2008] – S.D. Brown, *“Fetus as Patient”: A Critique*, *“American Journal of Bioethics”* (7) 2008.
- Cahill [1999] – H. Cahill, *An Orwellian Scenario: Court Ordered Caesarean Section and Women’s Autonomy*, *“Nursing Ethics”* (6) 1999.
- Chervenak, McCullough [1996] – F.A. Chervenak, L.B. McCullough, *The Fetus as a Patient: An Essential Ethical Concept for Maternal-Fetal Medicine*, *“Journal of Maternal Fetal Medicine”* (3) 1996.
- Chervenak, McCullough, Levine [2007] – F.A. Chervenak, L.B. McCullough, M.I. Levine, *An Ethically Justified, Clinically Comprehensive Approach to Peri-Viability: Gynecological, Obstetric, Perinatal and Neonatal Dimensions*, *“Journal of Obstetrics and Gynecology”* (1) 2007.

³⁰ Heyd [1992].

³¹ Dworkin [1994].

- Dickens, Cook [2003] – B.M. Dickens, R.J. Cook, *Ethical and Legal Approaches to “the Fetal Patient”*, “International Journal of Gynecology and Obstetrics” (2) 2003; dostępne na stronie: <http://www.fygo.dk/files/ukursus/foetal/2008/fetal%20rights%20ethics%20and%20law%20I%20J%20gyn-obstet%202003.pdf>.
- Dworkin [1994] – R. Dworkin, *Life’s Dominion. An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, Vintage Books, New York 1994.
- European Court of Human Rights [2011] – European Court of Human Rights, Case of R.R. v. Poland, no application 27617/04, Strasbourg 2011; dostępne na stronie: <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?action=html&documentId=885774&portal=hbkm&source=externalbydocnumber&table=F69A27FD8FB86142BF01C1166DEA398649>.
- Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny [2011] – Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Stanowisko w sprawie wyroku Europejskiego Trybunału praw człowieka w sprawie R.R. przeciwko Polsce, Warszawa, 26 maja 2011; dostępne na stronie: http://federa.org.pl/dokumenty_pdf/centrumprasowe/stanowisko_wyrok_sprawa_RR.pdf.
- Gillon [2003] – R. Gillon, *Ethics Needs Principles – Four Can Encompass the Rest – and the Respect for Autonomy Should Be “First Among Equals”*, “Journal of Medical Ethics” (5) 2003.
- Health Council of the Netherlands [2009] – Health Council of the Netherlands, Care for Unborn Child, Centre for Ethics and Health, Hague 2009; dostępne na stronie: <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/200901E.pdf>.
- Heyd [1992] – D. Heyd, *Genethics. Moral Issues in the Creation of People*, University of California Press, Berkeley 1992; dostępne na stronie: <http://publishing.cdlib.org/ucpressebooks/view?docId=ft309nb1nd&brand=ucpress>.
- Jonsen [2003] – A.R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, Oxford University Press, New York 2003.
- Lyerly, Little, Faden [2008] – A.D. Lyerly, M.O. Little, R.R. Faden, *A Critique of the “Fetus as Patient”*, “American Journal of Bioethics” (7) 2008.
- Mattingly [1992] – S. Mattingly, *The Maternal-Fetal Dyad: Exploring the Two-Patient Obstetric Model*, “Hastings Center Report” (1) 1992; dostępne na stronie: http://findarticles.com/p/articles/mi_go2103/is_n1_v22/ai_n28611453/.
- McCullough, Chervenak [2008] – L.B. McCullough, F.A. Chervenak, *A Critical Analysis of the Concept and Discourse of “Unborn Child”*, “American Journal of Bioethics” (7) 2008.
- Nowacka [2003] – M. Nowacka, *Etyka a transplantacje*, WN PWN, Warszawa 2003.
- Silverman [1981] – W.A. Silverman, *Mismatched Attitudes About Neonatal Death*, “Hastings Center Report” (6) 1981.
- Strong [2008] – C. Strong, *Do Embryonic “Patients” Have Moral Interests?*, “American Journal of Bioethics” (7) 2008.
- Strong [2011] – C. Strong, *Moral Status and the Fetus: Continuation of a Dialogue*, “American Journal of Bioethics” (5) 2011.

- Syweński i et al. [2008] – E. Syweński et al., *Płód jako pacjent – rys historyczny*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” (4) 2008; dostępne na stronie: http://www.ptmp.pl/png/png1z4_2008/pngz14-12.pdf.
- Szewczyk [2002] – K. Szewczyk, *Bioetyka kulturowa wobec sporu o aborcję*, [w:] *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, WN PWN, Warszawa 2002, s. 60-109.
- Szewczyk [2009] – K. Szewczyk, *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, WN PWN, Warszawa 2009.
- Szewczyk [bdw. a.] – K. Szewczyk (opracowanie), *Kazus Janusza Świtaja*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki, Bioetyka/etyka medyczna – spis kasusów; dostępne na stronie: <http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=31&i=3&m=27&n=1&z=&kk=134&k=47>.
- Szewczyk [bdw.b.] – K. Szewczyk, *Śmierć pacjentki w połogu – komentarz*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki, Bioetyka/etyka medyczna – spis kasusów; dostępne na stronie: <http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=31&i=3&m=27&n=2&z=&kk=119&k=15>.
- Wasserman [2005] – D.T. Wasserman, *The Nonidentity Problem. Disability, and the Role Morality of Prospective Parents, “Ethics”* (1) 2005.
- Z. przeciwko Polsce [2008] – Z. przeciwko Polsce, Wniosek nr 46132/08 do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, z dnia 16.09.2008; dostępne na stronie: http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/Strasburg2/Strasburg2009PL.pdf.