

O PRAWACH PACJENTA... NIE NARODZONEGO*

Niewątpliwie podstawową kwestią antropologiczno-etyczną w kontekście problematyki praw pacjenta nie narodzonego jest to, czy istota, której prawa te mają dotyczyć, jest w ogóle osobą. W wyniku bowiem konfrontacji współczesnej wiedzy i techniki medycznej z istniejącym prawem powstała dość osobliwa sytuacja: poczęte a nie narodzone dziecko, traktowane jak będący osobą pacjent, osobą w świetle prawa nie jest.

Zanim podejmiemy kwestię praw pacjenta nie narodzonego, trzeba wpieryw spytać, czy w ogóle taki temat rozważań nie jest sformułowany wadliwie, czy nie jest przypadkiem niedorzeczny. Innymi słowy należy najpierw ustalić, czy mówienie o pacjencie nie narodzonym ma w ogóle sens, czy pojęcie pacjenta nie narodzonego nie jest pojęciem treściowo pustym lub wewnętrznie sprzecznym.

Pojęcie pacjenta zdaje się być na tyle oczywiste, że nie wymaga definicji. Co znaczy słowo „pacjent” – powszechnie wiadomo. Pacjent to potencjalnie każdy człowiek, to – w myśl słownikowych formuł – chory będący pod opieką lekarza lub zwracający się po poradę do lekarza¹ albo – jak czytamy w europejskim modelu Deklaracji Praw Pacjenta – to „osoba korzystająca z usług medycznych, niezależnie, czy jest to osoba zdrowa, czy chora”². Nie ma zatem wątpliwości, k i m jest pacjent, kto to taki – pacjent. Sprawa staje się mniej jednoznaczna, gdy zapytamy o to, k t o jest pacjentem, gdy akceptując definicję treściową terminu „pacjent”, zechcemy poznać jego definicję zakresową. Narzucająca się tutaj odpowiedź będzie brzmieć, że każdy człowiek jest pacjentem – bo każdy, o ile nie jest nim aktualnie, może nim być w przyszłości, przy czym wyrażenie „w przyszłości” nie oznacza naturalnie osiągnięcia przez człowieka pewnego wieku czy stopnia rozwoju, lecz jedynie – jak już powiedzieliśmy – ewentualność korzystania z medycznych usług; i to jest również zakresowe

* Tekst ten w pierwotnej wersji został przedstawiony na konferencji „Prawa pacjenta a etyka zawodowa pielęgniarki i położnej” w Muszynie 23 IX 1998 r.

¹ Zob. „pacjent” np. w: *Słownik języka polskiego*, red. M. Szymczak, t. 2, Warszawa 1979, s. 578, oraz W. K o p a l i ń s k i, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Warszawa 1989, s. 372.

² *Założenia dotyczące praw pacjenta w Europie wraz z modelem Deklaracji Praw Pacjenta*, (pkt 7: „Definicje”), „Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie” 1998, nr 5, s. 10. Deklaracja ta została przyjęta w Amsterdamie w dniach 28-30 III 1994 r. przez Biuro Europejskie Światowej Organizacji Zdrowia.

kryterium bycia pacjentem. Jeżeli więc pacjentem może być każdy człowiek, to także i ten, kogo iloraz inteligencji jest równy zeru, i ten, kto wprowadzie już istnieje, lecz jeszcze się nie narodził, inaczej mówiąc – człowiek nie narodzony.

Wyrażona wyżej obiekcja co do zakresowej ostrości terminu „pacjent” ma swe źródło właśnie w formalno-prawnym niedostrzeganiu zwłaszcza statusu nie narodzonego człowieka jako pacjenta. Tworząc chwalebne i potrzebne zbiory praw pacjenta nie ma się bowiem na myśli pacjenta nie narodzonego. I chociaż jego prawa można by z owych praw bez trudu wyprowadzić, to jednak on sam nie mieści się w polu uwagi współczesnych kodyfikatorów. Jest to poniekąd zrozumiałe, co nie znaczy – usprawiedliwione, ponieważ u schyłku XX stulecia fakt, że człowiek bywa pacjentem, zanim się urodzi, nie powinien być już przez twórców prawa ignorowany. Co więcej – powinien znaleźć odzwierciedlenie jeśli już nie (na razie) w odrębnym dokumencie (aczkolwiek zasługuje na odrębny dokument!), to przynajmniej w powstających dzisiaj poświęconych ochronie praw pacjenta kartach i deklaracjach.

Powodem ignorowania praw pacjenta nie narodzonego przez twórców prawa jest to, że nie narodzona istota ludzka nie jest postrzegana jako podmiot praw osobowych. Jeśli się nawet wie, a skądinąd trudno byłoby nie spotkać się z informacją, że dziecko poczęte może być badane lub leczone w trakcie swego przedurodzeniowego rozwoju³, to jednak fakt ten okazuje się niewystarczający, by uznać podmiotowy status takiego dziecka. Nie istnieje, niestety, w praktyce logiczne przejście od stwierdzenia, że skoro jest się prenatalnie leczonym, skoro korzysta się z usług medycznych, to będąc po urodzeniu się ciągle tym samym podmiotem, będąc innymi słowy człowiekiem, jest się człowiekiem również przed swym urodzeniem się, jest się przecież tym samym co po urodzeniu przedmiotem lekarskich działań. Powtórzmy, by uniknąć nieporozumień: z samego faktu bycia pacjentem nie wynika wprost fakt bycia człowiekiem, pomijając już to, że pacjentem może być i pies, i bocian, i świnka morska. Jednakże wtedy, gdy zachodzi bytowa tożsamość pacjenta – człowieka narodzonego z pacjentem – człowiekiem nie narodzonym, odmawianie temu ostatniemu statusu ludzkiej osoby oznacza brak logicznej konsekwencji. Do sprawy tej jeszcze powrócimy.

To, że dziecko nie narodzone bywa pacjentem, traktowaliśmy dotychczas jako zjawisko dość oczywiste i powszechnie znane. Dobrze byłoby jednak chociaż pokrótce ukazać fakty potwierdzające istotnie obiektywny charakter takiego stanu rzeczy.

³ Z informacjami, nawet dość obszernymi, o możliwości leczenia dziecka w łonie matki można się było zetknąć także w polskiej prasie (zob. np. B. S t a s i a k, *Pacjent w łonie matki*, „Kulisy. Express Wieczorny” 1989, nr 117, s. 6; S. Z a g ó r s k i, *Leczyć w łonie matki*, „Spotkania” 1992, nr 19, s. 36n.).

ZANIM PŁÓD STAŁ SIĘ PACJENTEM

Koncepcja, że płód⁴ może być pacjentem, istotą, której choroby są przedmiotem zarówno lekarskiego działania, jak i naukowej obserwacji, nie jest zbyt odległa w czasie. Płód bowiem nie był zasadniczo uważany za pacjenta tak długo, jak długo skrywał się w nieprzeźroczystej macicy. Praktycznie więc aż do połowy obecnego stulecia, gdy to ultrasonograf ukazał go naszym oczom i udostępnił wnikliwszej naukowej obserwacji⁵, jego życie w macicznym łonie pozostawało tajemnicą. Dzisiaj wielorakie techniki medyczne pozwalają na badanie i śledzenie prawidłowości jego osobniczego rozwoju (wchodzi tu w grę między innymi cały kompleks metod biochemicznego i biofizycznego monitorowania płodu, diagnostyka cytohormonalna i badanie płynu owodniowego⁶).

Zainteresowanie budową i życiem nie narodzonego człowieka ma oczywiście długą historię. Od dawna również spotykamy się z zaleceniami czy też opisami działań mających poprawić stan lub jakość rozwijającego się w łonie matki dziecka. Już Platon w IV w przed Chr. dostrzegał pożytki płynące z poświęcania szczególnej troski nie narodzonym dzieciom⁷. Ale pierwsze naukowe obserwacje dotyczące fizjologii płodu poczyniono dopiero w wieku XVI⁸: Andreas Vesalius w swoim dziele *De Humani Corporis Fabrica* (1543) opisał po dokonaniu sekcji ruchy płodów świni i psa⁹. Jednakże do XIX wieku nie prowadzono badań na żywych płodach ssaków. W 1803 roku M. F. X. Bichat jako pierwszy podjął badania ruchów płodu. N. Zuntz (1877) i W. T. Preyer (1885) eksperymentowali na płodach świnek morskich zanurzając je w ciepłym roztworze fizjologicznej soli¹⁰. Inni badacze poznawali reakcje embrionów ryb

⁴ Terminu „płód” (podobnie jak terminów „embrion” lub „zarodek”) używamy w niektórych kontekstach w znaczeniu szerszym, nie tylko jako nazwy oznaczającej pewien etap prenatalnego rozwoju, lecz także jako synonimu nazwy „istota ludzka w prenatalnym stadium życia”.

⁵ W 1958 roku ginekolog brytyjski Ian Donald poinformował o metodzie obserwacji dziecka w łonie matki przy wykorzystaniu techniki ultradźwiękowej. Zob. I. D o n a l d, J. M a c V i c a r, T. G. B r o w n, *Investigation of Abdominal Masses by Pulsed Ultrasound*, „The Lancet” 1(1958) nr 7032, s. 1188-1194.

⁶ Zob. np. R. K l i m e k, J. S t a n e k, *Diagnostyka i postępowanie w ciąży o wysokim ryzyku*, Warszawa 1983, s. 38-279; R. K l i m e k, *Wybrane biochemiczne metody monitorowania płodu*, w: *Medycyna perinatalna*, red. Z. Słomko, t. 1, Warszawa 1985, s. 341-367; Z. M a l e w s k i, Z. S ł o m k o, *Kliniczne aspekty monitorowania płodu*, w: *Medycyna perinatalna. Suplement*, Warszawa 1994, s. 90-114; *Fizjopatologia płynu owodniowego*, red. J. Woytoń, Warszawa 1981.

⁷ Zob. P l a t o n, *Prawa*, VII, 789-790 (Platona *Państwo* z dodatkiem siedmiu ksiąg *Praw*, t. 2, Warszawa 1958, s. 524-526).

⁸ Wcześniejsze poglądy w tej mierze miały głównie spekulatywny charakter, dlatego też można je tutaj pominąć.

⁹ Zob. M. R. H a r r i s o n, *Unborn: Historical Perspective of the Fetus as a Patient*, „The Pharos” 45(1982) Winter, s. 20n.

¹⁰ Zob. tamże, s. 21.

(m.in. Nussbaum, Lereboullet, Kupffer, Wintrebert), płazów (m.in. Shaper, Goldstein, Paton) i ptaków (m.in. Preyer)¹¹. Godne odnotowania są eksperymenty Grahama Browna na płodach kotów i królików¹², a zwłaszcza badania, które rozpoczął od roku 1900 George E. Coghill. Obiektem jego systematycznych obserwacji była ziemno-wodna salamandra *Amblystoma*. Trzydziestoletnie badania Coghilla stworzyły podstawy do zrozumienia problemu odruchów i ruchów zamierzonych u człowieka¹³.

Intensywne obserwacje i badania różnych zwierząt doprowadziły w końcu do przeprowadzenia w 1920 roku przez Mayera pierwszych udanych operacji przenoszenia płodów świnki morskiej z macicy do jamy brzusznej matki (nieliczne z płodów przeżyły kilka dni). Także w latach dwudziestych dokonano pierwszego zabiegu *in utero*: Bors amputował śwince morskiej kończynę. Z kolei możliwość znieczulania podczas prenatalnych operacji zademonstrował O. Swenson, a możliwości normalnego porodu po zabiegu *in utero* dowiódł Nicholas¹⁴. Lata dwudzieste to również okres pierwszych eksperymentów na żywym ludzkim płodzie (abstrahujemy tutaj od moralnej oceny tego typu działań). Pionierem – jeśli tak można powiedzieć – był w tym względzie polski lekarz pracujący w Szwajcarii Mieczysław Minkowski. W ciągu czterech lat poddawał on eksperymentom płody pochodzące z tak zwanych terapeutycznych zabiegów przerywania ciąży dokonywanych za pomocą cesarskiego cięcia¹⁵. Później badania takie prowadzili inni, między innymi A. T. Hertig, J. Rock, D. Hooker.

Lata trzydzieste i czterdzieste znamionuje dalszy rozwój technik operacyjnych na płodach zwierząt. Znaczące są operacje płodów owiec przeprowadzane przez J. Barcrofta oraz wykazanie przez L. J. Wellsa i A. Josta w doświadczeniach na gryzoniach, że ciąża może być kontynuowana po wyjęciu i ponownym umieszczeniu płodu w macicy lub w jamie otrzewnowej jego matki¹⁶. Z kolei eksperymenty na psich płodach zespołu J. H. Louwa i C. N. Barnarda (późniejszego pioniera transplantacji serca u człowieka) dowiodły możliwości przeprowadzenia zabiegu udrażniania jelit już w płodowym stadium rozwoju człowieka¹⁷.

W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych doświadczenia badaczy koncentrują się na symulowaniu na zwierzętach różnych wrodzonych defektów

¹¹ Zob. M. M i n k o w s k i, *O wczesnych ruchach, odruchach i objawach drażliwości mięśniowej u płodu ludzkiego*, „Neurologia Polska” 6(1922) s. 195n.

¹² Zob. tamże, s. 196.

¹³ Zob. G. L u x F l a n a g a n, *Dziewięć pierwszych miesięcy życia*, Warszawa 1973, s. 13.

¹⁴ Zob. H a r r i s o n, dz. cyt., s. 21.

¹⁵ Zob. M i n k o w s k i, dz. cyt., s. 197-207.

¹⁶ Zob. K. A d a m s o n s, Jr., *Fetal Surgery*, „The New England Journal of Medicine” 275(1966) nr 4, s. 204.

¹⁷ Zob. H a r r i s o n, dz. cyt., s. 21.

występujących u człowieka i próbach ich leczenia, na przykład wodonercza, wad serca, przepukliny przeponowej czy niedrożności jelit. Rozwijane są przy wykorzystaniu płodów naczelnych również techniki anestezji i farmakologicznej kontroli porodu¹⁸.

PACJENTEM – CZŁOWIEK NIE NARODZONY

Wielokierunkowe eksperymenty na zwierzętach umożliwiły wreszcie przeprowadzenie pierwszych znaczących operacji na płodach ludzkich. I tak pierwszego wewnątrzmacicznego przetoczenia krwi u dziecka z chorobą hemolityczną dokonał w 1963 roku Nowozelandczyk A. William Liley¹⁹; sześć lat później analogiczny zabieg przeprowadził w Polsce zespół Danuty Łozińskiej²⁰. Od czasu transfuzji wykonanej przez Lileya datuje się początek rozwoju chirurgii płodowej. Operacja ta niejako potwierdziła fakt, że już poczęte dziecko może być pacjentem.

Następnym – rzecz można milowym – krokiem w dziedzinie b e z p o ś r e d n i e j terapii przedurodzeniowej były spektakularne zabiegi chirurgiczne wykonane na początku lat osiemdziesiątych. W 1981 roku pracujący na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco zespół M. R. Harrisona i M. S. Golbusa przeprowadził zakończoną pomyślnie operację odblokowania dróg moczowych u jednego z bliźniąt dzygotycznych²¹. Nieco wcześniej w tym samym roku tenże zespół po licznych doświadczeniach na małpach podjął próbę usunięcia u nie narodzonego dziecka nadmiaru płynu mózgowo-rdzeniowego²². Inną niezwykłą operacją przeprowadzoną przez Harrisona i Golbusa było zlikwidowanie defektu u męskiego płodu z obustronnym wodonerczem. Operację przeprowadzono w 21. tygodniu ciąży wyłaniając częściowo dziecko z macicy i po zabiegu umieszczając je w niej z powrotem. Niestety, dziecko zmarło tuż po porodzie na skutek niedorozwoju płuc²³. Z czasem jednak coraz więcej tego

¹⁸ Zob. tamże.

¹⁹ Zob. A. W. L i l e y, *Intrauterine Transfusion of Foetus in Haemolytic Disease*, „British Medical Journal” 1963, nr 5365, s. 1107-1109. Na początku lat sześćdziesiątych położnicy z Nowego Jorku i Puerto Rico także – co jest mniej znane – podejmowali po rozcięciu macicy próby transfuzji wymiennej u kilku płodów, lecz były to próby raczej zniechęcające. Zob. H a r r i s o n, dz. cyt., s. 23; por. A d a m s o n s, dz. cyt., s. 205.

²⁰ Zob. D. Ł o z i ń s k a i in., *Przypadek konfliktu serologicznego leczony wewnątrzmacicznym przetaczaniem krwi*, „Ginekologia Polska” 40(1969) nr 10, s. 1177-1184.

²¹ Zob. M. R. H a r r i s o n, M. S. G o l b u s, *Treating the Youngest Patients*, w: *Reproduction. The Cycle of Life*, red. K. Jansen, Washington D.C. 1982, s. 146.

²² Zob. tamże, s. 147.

²³ Zob. M. R. H a r r i s o n i in., *Fetal Surgery for Congenital Hydronephrosis*, „The New England Journal of Medicine” 306(1982) nr 10, s. 591-593.

typu operacji kończyło się pomyślnie²⁴. Pewne postępy czynione są również w płodowej transplatacji komórek krwiotwórczych²⁵; wiele dyskusji zaś budzi ciągle celowość zabiegów z zakresu prenatalnej chirurgii plastycznej²⁶.

W 1990 roku przeprowadzono w Londynie pierwszą na świecie operację serca płodu²⁷, a w roku 1994 pierwszą w Polsce operację in utero dziecka z wodogłowiec.

Kończąc tę skrótową prezentację historii doświadczeń i chirurgicznych zabiegów na nie narodzonym dziecku, odnotujmy jeszcze sukces, jaki w tym względzie miał miejsce w Polsce, a ściślej mówiąc w Lublinie. Otóż latem 1998 roku zespół kierowany przez Jana Oleszczuka przeprowadził w Klinice Położnictwa i Perinatologii Akademii Medycznej dwie udane operacje, z których jedna to zabieg odbarczenia obustronnego wodonercza, a druga polegała na usunięciu guzów jajnika u rozwijającego się dziecka. Dodajmy, że przeprowadzenie tych operacji umożliwił wysokiej klasy sprzęt medyczny, jaki niedawno klinika otrzymała²⁸.

Repertuar możliwości leczenia człowieka w przedurodzeniowym stadium życia jest oczywiście dużo szerszy od tego, co oferuje płodowa chirurgia, tym bardziej że jej możliwości są ciągle jeszcze dość ograniczone i nie tak rzadko lekarskie interwencje kończą się jednak niepowodzeniem²⁹. Bardziej rozpowszechnionymi i o dłuższej tradycji metodami terapii płodowej są różnorakie oddziaływania p o ś r e d n i e na poczęte dziecko. Wówczas przedmiotem

²⁴ Na przykład według Międzynarodowego Rejestru Chirurgii Płodowej (International Fetal Surgery Registry) do 1986 r. na 72 operacje w przypadku obstrukcji dróg moczowych płodu 42% dzieci przeżyło. (Zob. K. H. Nicolaides, C. H. Rodock, *Early Prenatal Diagnosis and Fetal Surgery*, w: *Chorion Villus Sampling*, red. D. T. Y. Liu, E. M. Symonds, M. S. Golbus, Chicago-London 1987, s. 221n.) Por. świeższe aczkolwiek niekompletne dane dotyczące różnych (i o różnej skuteczności) zabiegów chirurgicznych in utero: C. Kimber, L. Spitz, A. Cuschieri, *Current State of Antenatal in utero Surgical Interventions*, „Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition” 76(1997) nr 2, F 134-139; T. M. Quinn, N. S. Adzick, *Fetal Surgery*, „Obstetrics and Gynecology Clinics of North America” 24(1997) nr 1, s. 143-157.

²⁵ Zob. np. E. D. Zanjani i in., *Transplantation and Hematopoietic Stem Cells in utero*, „Stem Cells” 15(1997) Suppl. 1, s. 79-92.

²⁶ Zob. C. M. Ward, *An Ethical and Legal Perspective on Foetal Surgery*, „British Journal of Plastic Surgery” 47(1994) nr 6, s. 416-418; por. M. H. Hedrick, M. T. Longaker, M. R. Harrison, *A Fetal Surgery Primer for Plastic Surgeons*, „Plastic and Reconstructive Surgery” 101(1998) nr 6, s. 1709-1729.

²⁷ Zob. *Operacja serca płodu*, „Wiedza i Życie” 1990, nr 5, s. 9; zob. także: V. M. Reddy, D. B. McElhinney, *Update on Prospects for Fetal Cardiovascular Surgery*, „Current Opinion in Pediatrics” 9(1997) nr 5, s. 530-535.

²⁸ Zob. *Ultrasonograf najnowszej generacji Sequoia w Klinice Położnictwa i Perinatologii AM. Udana operacja dziecka w łonie matki*, „Alma Mater” 8(1998) nr 2, s. 22n.

²⁹ Na przykład na temat wyników – statystycznie biorąc raczej pesymistycznych i rodzących wiele obiekcji natury medycznej – wewnątrzmacicznego przetaczania krwi przy zastosowaniu różnych technik zob. Z. Słomko, *Konflikt serologiczny – immunizacja matki antygenami krwinek płodu*, w: *Medycyna perinatalna*, t. 2, Warszawa 1986, s. 151-156.

lekarskiego działania jest (na innej zasadzie niż w przypadku chirurgii płodowej) dwoje pacjentów: dziecko i jego matka.

Niekiedy początek rozwoju tego działu medycyny prenatalnej liczy się od roku 1941, kiedy to N. McAlister Gregg podał wyjaśnienie etiologii embriopatii różyczkowej, a P. Levine odkrył przyczynę choroby hemolitycznej noworodków. Znaczący był również rok 1952, w którym O. Thalhammer wprowadził pojęcie chorób przedporodowych i ustalił obowiązującą do dziś ich klasyfikację³⁰. Świadectwem dojrzewania nowego działu medycyny było powstawanie od 1967 roku kolejnych towarzystw medycyny perinatalnej³¹; w bieżącym roku zaś odbył się już szesnasty Europejski Kongres Medycyny Perinatalnej³².

Pośrednie leczenie prenatalne może wchodzić w grę na przykład w przypadku braku równowagi kwasowo-zasadowej u płodu, hipotrofii, niektórych chorób jego serca (m.in. niemiaryowości czynności serca, kardiomegalii, niewydolności krążenia) czy też cukrzycy lub fenylketonurii (te dwa ostatnie zaburzenia można korygować prenatalnie stosując u matki odpowiednią dietę); w okresie przedporodowym bywa stosowana także tlenoterapia³³.

Warto jeszcze wspomnieć, że pewne doświadczenia z zakresu psychologii prenatalnej zdają się wskazywać na możliwość poprawy ogólnego stanu zdrowia poczętego dziecka poprzez jego odpowiednią prenatalną stymulację³⁴.

Odrębnym nieco zagadnieniem, mieszczącym się wszakże w ramach bezpośredniej terapii przedurodzeniowej, jest tak zwana terapia genowa lub inaczej chirurgia genetyczna. Otóż gwałtowny postęp w dziedzinie technik inżynierii genetycznej pomimo wielu obaw stwarza również pewne nadzieje na usuwanie defektów lub leczenie chorób, które na razie są nieuleczalne. Możliwości w tym względzie są jednak dość mocno ograniczone, zarówno w przypadku terapii komórek somatycznych, jak i komórek linii zarodkowej.

Wiadomo dziś, że przyczyną zaistnienia choroby genetycznej jest uszkodzenie genu, zespołu genów lub dużego strukturalnego fragmentu chromosomu. W związku z tym wyleczenie musiałoby polegać na wymianie uszkodzonego genu na gen prawidłowy bądź na zniesieniu niepożądanego działania genu, bądź też na zmodyfikowaniu genu w komórce somatycznej tak, aby można było uzyskać pożądaną substancję lub działanie. Tym, co nie podpada pod kategorię science fiction, jest ewentualność leczenia chorób jednogenowych. Szczególnie obiecująca może być terapia genowa w przypadku chorób zależ-

³⁰ Zob. H. G u l a n o w s k a, *Wybrane zagadnienia diagnostyki prenatalnej*, w: *W imieniu dziecka poczętego*, red. J. W. Gałkowski, J. Gula, Rzym-Lublin 1991, wyd. popr. i uzupełn., s. 54n.

³¹ Zob. *Roster of Perinatal Societies*, „Journal of Perinatal Medicine” 17(1989) nr 1, s. 67.

³² Zob. M. W i e l g o ś, T. R o k i c k i, *Sprawozdanie z XVI Europejskiego Kongresu Medycyny Perinatalnej*, „Ginekologia Polska” 69(1998) nr 8, s. 669n.

³³ Szczegółowo zagadnienia te są omawiane między innymi w: *Medycyna perinatalna*; omówienie syntetyczne por. R. E. B e h r m a n i n., *Podręcznik pediatrii*, Warszawa 1996, s. 488-490.

³⁴ Zob. D. K o r n a s – B i e l a, *Wokół początku ludzkiego życia*, Warszawa 1993, s. 59n.

nych od braku pojedynczego enzymu determinowanego z kolei przez pojedynczy gen³⁵. Przewiduje się również możliwość stosowania somatycznej terapii genowej w niektórych chorobach wieloczynnikowych, nowotworowych, w schorzeniach układu krążenia, a nawet w chirurgii urazowej, aczkolwiek – jak się podkreśla – na razie jest to jeszcze perspektywa dość odległa³⁶, także gdy chodzi o istotę ludzką w prenatalnym stadium życia³⁷.

Pod znacznie większym znakiem zapytania stoi zaś terapia genowa obejmująca interwencje w komórki rozrodcze i komórki bardzo wczesnego zarodka. I etyczne bariery³⁸, i techniczne możliwości lokują obecnie tego typu zabiegi w sferze czysto teoretycznej³⁹, choć niewykluczone, że jakieś quasi-terapeutyczne eksperymenty są w tej mierze podejmowane.

PRAWA PACJENTA NIE NARODZONEGO

Nie poruszamy tutaj problematyki medycznych wskazań, racji bądź obiektywności dotyczących prenatalnej terapii człowieka, jak również kwestii wchodzących tu w grę etycznych i prawnych argumentów za i przeciw określonym rodzajom interwencji, które poprzedza – stanowiąca integralnie z tym przecież związany a trudny problem – diagnoza prenatalna czy nawet preimplantacyjna⁴⁰. Mając

³⁵ Zob. M. F i k u s, *Biotechnologia*, Warszawa 1989, s. 163-181; Jerzy M i ł k o w s k i, Jacek M i ł k o w s k i, *O wadach wrodzonych*, Warszawa 1989, s. 105n. Pierwszą pacjentką poddaną skutecznej terapii genowej (korekcie funkcjonowania układu odpornościowego) była w 1990 r. w Stanach Zjednoczonych czteroletnia dziewczynka (zob. W. F. A n d e r s o n, *Terapia genowa*, „Świat Nauki” 1995, nr 11, s. 92-95).

³⁶ Zob. M. F i k u s, *Nowy wspaniały świat biotechnologii*, w: *Genetyka molekularna*, red. P. Węgleński, Warszawa 1995, s. 450-453; J. N o w a k, *Ludzki genom – nadzieje i zagrożenia*, „Znak” 1996, nr 12, s. 35-39; A. P a s z e w s k i, *Rewolucja biomedyczna – nadzieje i lęki*, „Znak” 1996, nr 12, s. 19-22.

³⁷ Zob. A. B o u é, *Les pratiques de recherches sur l'embryon humain*, w: *L'embryon humain. Approche multidisciplinaire*, red. B. Feuillet-Le Mintier, Paris 1996, s. 133; Q u i n n, A d z i c k, dz. cyt., s. 155n.

³⁸ Systematyzację argumentów etycznych dotyczących genetycznych ingerencji (w tym interwencji terapeutycznych) w ludzką strukturę genetyczną prezentuje B. C h y r o w i c z, *Dylematy ucznia czarnoksiężnika*, „Znak” 1996, nr 12, s. 50-62.

³⁹ Doświadczenia z tak zwanymi transgenicznymi zwierzętami (pierwsze doniesienie o udanej próbie transgenizacji zwierząt ukazało się w 1980 r.) są z wielu, nie tylko poznawczych, względów pożyteczne, jednakże rezultaty tych doświadczeń w aspekcie technicznych możliwości terapii ludzkiego zarodka uchodzą za nader problematyczne. Zob. F i k u s, *Nowy wspaniały świat biotechnologii*, s. 465-470; B o u é, dz. cyt., s. 133; R. W i n s t o n, *Manipulacje genetyczne*, Warszawa 1998, s. 40-49. Por. zwłaszcza: A. P a s z e w s k i, *Manipulacje genetyczne – problem granic etycznych*, w: *Granice poznania a bariery etyczne*, Poznań 1998, s. 18-20.

⁴⁰ Na temat niektórych aspektów tej problematyki zob. J. L. L e n o w, *The Fetus as a Patient: Emerging Rights as a Person?*, „American Journal of Law and Medicine” 9(1983) nr 1, s. 1-29; K. C. P r i n g l e, *Ethical Issues in Fetal Surgery*, w: *Surgery and Support of the Premature Infant*,

pełną świadomość tego, że wiele z opisanych prób przedurodzeniowej terapii kończyło się niepowodzeniem – co wszak nieuchronnie rodzi pytanie nie tylko o ich medyczną celowość (czy na przykład interwencja medyczna, bądź co bądź ryzykowna, była bezwzględnie wskazana już przed urodzeniem się dziecka?), lecz także, a raczej przede wszystkim, o ich etyczną i prawną dopuszczalność – musimy z konieczności pominąć całą tę nader ważką problematykę i ograniczyć się jedynie do skonstatowania kluczowego dla naszych rozważań faktu, że mianowicie nie narodzona istota ludzka – obojętne czy w płodowej, czy w embrionalnej, czy tylko w zygotalnej fazie swego życia – jest (lub będzie) także *p a c j e n t e m*⁴¹. Zasada ciągłości organicznego rozwoju ludzkiej jednostki nie pozwala tu na żadne wyjątki. Jeżeli więc dziecko poczęte jest pacjentem (jeżeli jest chorym poddanym medycznej terapii, jeśli korzysta z jakiejś formy medycznych usług), to nie wolno pod rygorem naruszenia elementarnej zasady sprawiedliwości ignorować jego praw właśnie jako pacjenta. Jeżeli – idąc dalej – określa się w odrębnych dokumentach prawa pacjentów poszczególnych kategorii – na przykład prawa pacjenta szpitalnego w Europejskiej Karcie Pacjenta Szpitalnego przyjętej przez Komitet Szpitalny Wspólnoty Europejskiej w Luksemburgu w 1979 roku, prawa inwalidów w Deklaracji Praw Osób Dotkniętych Inwalidztwem przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w 1975 roku, prawa pacjentów psychiatrycznych w Międzynarodowej Karcie Praw Psychiatrycznych Pacjentów Szpitalnych przyjętej w 1993 roku jako uchwała Zgromadzenia Ogólnego Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego, prawa położnic w Europejskiej Karcie Położnic przyjętej przez Parlament Europejski w 1989 roku, prawa osób umierających w Rekomendacji 779 z 1976 roku Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w sprawie praw chorych i umierających, prawa chorych na AIDS w Rekomendacji 1116 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy przyjętej w 1989 roku, prawa chorych dzieci w Europejskiej Karcie Dziecka Hospitalizowanego przyjętej w 1986 roku przez

red. E. Puri, Basel 1985, s. 190-201; American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics, *Fetal Therapy: Ethical Considerations*, „Pediatrics” 81(1988) nr 6, s. 898n.; W a r d, dz. cyt., s. 411-418.

⁴¹ Pomijamy tym samym często dyskutowany – wymagający odrębnej i szerszej analizy – problem warunków, jakie musi spełniać nie narodzona istota ludzka, by mogła uchodzić za pacjenta (łączy się to ściśle z tak zwanymi przedurodzeniowymi kryteriami personalności lub człowieczeństwa); czy na przykład pacjentem może być płód niezdolny do życia. Wiele miejsca temu dylematowi – wprowadzając różne subtelne a wysoce problematyczne dystynkcje i rozwiązując go w duchu daleko posuniętego relatywizmu – poświęcają m.in. L. B. McCullough i F. A. Chervenak w pracy *Ethics in Obstetrics and Gynecology*, New York – Oxford 1994, s. 97-110 i passim. Warto może jednak zwrócić uwagę, że obecnie już ludzki embrion określa się mianem „potencjalnego pacjenta” (zob. J.-F. M a t t e i, *Bilan des différents travaux sur la protection de l'embryon*, w: *L'embryon humain*, s. 288n.). Jest zatem tylko kwestią czasu zastąpienie tego terminu po prostu terminem „pacjent”, jak to się stało w przypadku ludzkiego płodu (coś, co przecież jeszcze kilkadziesiąt lat temu nie mieściło się w ogóle w kategoriach myślenia lekarzy i prawników!).

Parlament Europejski Wspólnoty Europejskiej czy też ich prawa w Europejskiej Karcie Praw Dziecka w Szpitalu opracowanej przez Krajowe Stowarzyszenie na Rzecz Opieki nad Dziećmi w Szpitalu w Wielkiej Brytanii i zaaprobowanej przez trzynaście krajów na I Europejskiej Konferencji Stowarzyszeń na Rzecz Dzieci w Szpitalu w 1988 roku⁴² – to powinno się również formalnie, czy to w ramach karty, czy choćby deklaracji, określić **p r a w a p a c j e n t a n i e n a r o d z o n e g o**.

Prawa pacjenta, formułowane w różnych kartach i deklaracjach, zasadzają się naturalnie na prawach człowieka zawarowanych w odnośnych dokumentach, są ich uszczegółowieniem i konkretyzacją. Nie można więc nie naruszać praw człowieka, naruszając prawa pacjenta. Czy jednak pacjentowi nie narodzonemu mogą przysługiwać jakieś specyficzne lub wspólne z prawami pacjenta narodzonego prawa? Owszem. Wprawdzie wiele, a pewnie nawet większość, z formułowanych praw pacjenta narodzonego nie ma zastosowania do sytuacji pacjenta nie narodzonego, jednakże są takie, których respektowaniem pacjent nie narodzony jest – by tak rzec – żywotnie zainteresowany. Jakież to mogą być prawa? Otóż nie usiłując podawać wyczerpującego katalogu tych praw, można by wskazać jedynie na kilkanaście podstawowych⁴³, między innymi adaptując bądź modyfikując te, które już występują w różnych medyczno-prawnych regulacjach, a mianowicie:

0. prawo każdego pacjenta nie narodzonego do poszanowania jego osoby jako osoby ludzkiej;

1. prawo do zachowania fizycznej integralności i organicznej nienaruszalności;

2. prawo do zachowania życia w przypadku istnienia nieusuwalnego organicznego defektu lub nieuleczalnej choroby;

3. prawo do niezbędnej opieki zdrowotnej adekwatnej do natury choroby w zakresie ogólnych lub istniejących lokalnie możliwości;

4. prawo do uzyskania niezwłocznej pomocy w sytuacji poważnego zagrożenia życia;

5. prawo do ochrony przed ryzykownymi lub zbędnymi interwencjami leczniczymi, badaniami klinicznymi i eksperymentami naukowymi;

6. prawo do łagodzenia cierpień i bólu stosownie do aktualnego poziomu wiedzy i standardów opieki medycznej;

7. prawo – respektujące wolę matki – do rzetelnej procedury opartej na kryteriach medycznych w przypadku możliwości bycia poddanym określoneemu leczeniu lub szczególnej interwencji medycznej;

⁴² Zob. m.in. S. P a ź d z i o c h, *Rozwój koncepcji praw pacjenta w świetle dokumentów międzynarodowych*, „Pielęgniarstwo 2000” 1998, nr 1, s. 13-19; por. t e n ż e, *Prawa pacjenta w ustawodawstwie polskim*, „Pielęgniarstwo 2000” 1998, nr 2, s. 10-14.

⁴³ Proponowane punkty nie są oczywiście (tak zresztą jak i wypadku innych zbiorów praw pacjenta) zakresowo rozłączne.

8. prawo do poszanowania swych zwłok lub szczątków, wykluczające zwłaszcza jakąkolwiek ich komercjalizację;

9. prawo do uzyskania informacji przez matkę pacjenta nie narodzonego lub osobę reprezentującą jego interesy o stanie jego zdrowia, stosowanych bądź mogących znaleźć zastosowanie w procedurach leczniczych, ich ryzyku i spodziewanych rezultatach;

10. prawo do dochodzenia swoich praw poprzez osobę reprezentującą interesy pacjenta nie narodzonego, w sytuacji gdy prawa te są naruszane lub zostały naruszone.

Charakterystyczną rzeczą jest to, że wszelkiego rodzaju prawa osobowe są tworzone z reguły wtedy, gdy dojrzewa świadomość ich naruszania bądź ignorowania. Paradoksalnie poniekąd – łamanie praw ujawnia ich wartość i istnienie, skłania do ich formalno-prawnej kodyfikacji. Należy więc żywić nadzieję, że z jednej strony w związku z dynamicznym postępem medycyny, jak też dyscyplin będących na jej usługach, z drugiej zaś – w związku z aż nazbyt oczywistymi i częstymi przypadkami łamania bądź niedostrzegania praw człowieka nie narodzonego, zacznie wreszcie dojrzewać świadomość potrzeby zagwarantowania przynależnych mu przecież z natury praw, w tym także jego praw jako pacjenta. Nie można tu jednak przeoczyć smutnego faktu, że niestety czasami ci sami lekarze, dzięki osiągnięciom których dziecko poczęte uzyskało status pacjenta, podejmują interwencje, których celem jest pozbawienie tegoż samego dziecka życia, na przykład w wyniku tak zwanej prenatalnej selekcji płodów lub tak zwanej redukcji płodowej (uśmiercanie dziecka z jakimś defektem lub o niepożądanym płci albo likwidowanie pewnej liczby dzieci w przypadku ciąży mnogiej⁴⁴). Tym bardziej zatem trzeba uwrażliwiać, zwłaszcza środowiska medyczne, na status bytowy i moralny nie narodzonej, bywa, że chorej, istoty ludzkiej.

Wróćmy jeszcze na chwilę do zaprezentowanego zestawu praw pacjenta nie narodzonego. Oczywiście propozycje te wymagałyby odrębnego, pogłębionego

⁴⁴ Na przykład M. S. Golbus i R. Erickson – zaliczani do pionierów chirurgii płodowej – wykorzystywali wcześniej technikę amiocentezy do aborcji nie chcianych dzieci (zob. S. M. R i n i, *Beyond Abortion. A Chronicle of Fetal Experimentation*, Avon-by-the Sea 1988, s. 115). Z kolei M. R. Harrison i M. S. Golbus w 1981 r. uśmiercili w stadium płodowym jedno z bliźniąt z zespołem Downa, pozwalając urodzić się tylko dziecku zdrowemu (zob. H a r r i s o n, G o l b u s, dz. cyt., s. 148n.). Na marginesie tej sprawy warto jeszcze odnotować fakt osobliwych, a jednak jakże znamiennych reakcji rodziców, zwłaszcza zaś matki, która zdecydowała się na prenatalną selekcję dzieci: otóż wtedy, gdy na świat wyda ona oprócz zdrowego dziecka także to (lub te) nie chciane, a uśmiercone jakiś czas przed porodem, odczuwa żal, ból, popada w głęboki stres, a niekiedy nawet w psychiczną chorobę; czasem dochodzi do zachowań wręcz kuriozalnych: „Nawet wówczas, kiedy wygląd martwo urodzonego – po wielu tygodniach od zabiegu – dziecka trudno uznać za estetyczny, znajdują się rodzice, którzy zapragną uwiecznić go na fotografii” (E. M. B r y a n, *Problemy selektywnej redukcji liczby płodów*, w: *Diagnostyka prenatalna*, red. L. Abramsky, J. Chapple, Warszawa 1996, s. 196).

komentarza. Zapewne bowiem przynajmniej niektóre z nich mogą być niezrozumiałe, inne kontrowersyjne, inne wreszcie mogą się wydać wręcz utopijne. Nie sposób tu jednak podejmować dyskusji z ewentualnymi zarzutami i wątpliwościami. Odnieśmy się tytułem przykładu i pokrótce jedynie do kilku – może trudniejszych – kwestii.

Czy na przykład nie jest czystą abstrakcją mówienie o tym, że pacjent nie narodzony powinien mieć prawo dochodzić swoich praw za pośrednictwem kogoś reprezentującego jego interesy, gdy prawa te są naruszane bądź zostały naruszone, gdy na przykład dozna on uszczerbku na zdrowiu w wyniku zażywania przez matkę narkotyków lub błędnie przeprowadzonej amniopunkcji? – Otóż przypomnijmy, że obecnie – między innymi w prawie Stanów Zjednoczonych, Niemiec, Wielkiej Brytanii – istnieje pojęcie szkody wyrządzonej dziecku przed jego poczęciem (*preconception injuries*)⁴⁵. I pojęcie to ma bardzo konkretne odniesienia praktyczne, w związku z czym nie należą wcale do rzadkości procesy o odszkodowanie właśnie z tytułu zdarzeń, które miały miejsce przed poczęciem dziecka, a które zaważyły na późniejszym stanie jego zdrowia⁴⁶.

Ale przecież – zauważmy – zanim doszło do prawnego usankcjonowania tego typu roszczeń, wcześniej całkowicie je odrzucano. A teraz istnienie odpowiedzialności prawnej z tytułu szkód zaistniałych przed poczęciem dziecka już tak bardzo nie dziwi, podobnie jak nie dziwi istnienie takiej odpowiedzialności za wyrządzenie szkód nasciturusowi⁴⁷. Może więc i proponowane przez nas prawo nie jest aż tak bardzo utopijne i abstrakcyjne?

W punkcie szóstym mówimy o prawie do łagodzenia bólu i cierpienia. Czy dziecko poczęte odczuwa ból? – Tak – i wiadomo to od dawna⁴⁸, lecz że od-

⁴⁵ Szerzej zagadnienia te omawia M. S a f j a n, *Prawo wobec ingerencji w naturę ludzkiej prokreacji*, Warszawa 1990, s. 173-186; por. także: t e n ż e, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 210-214; M. N e s t e r o w i c z, *Odpowiedzialność cywilna według common law za szkody wyrządzone nasciturusowi przed i po jego poczęciu*, „Państwo i Prawo” 1983, nr 8, s. 87n.

⁴⁶ Na przykład w sprawie z 1983 r. w USA chodziło o to, że lekarz zaaplikował matce lekarstwo na epilepsję, nie informując jej zarazem o niebezpieczeństwach wynikających ze stosowania tego leku dla rozwoju dziecka, tak przed poczęciem, jak i po jego poczęciu. Zob. tamże, s. 176.

⁴⁷ Szczegółowo problematykę roszczeń odszkodowawczych z tytułu szkód poniesionych przez dziecko w okresie przedurodzeniowym przedstawia (w polskim orzecznictwie sądowym) J. M a z u r k i e w i c z, *Ochrona dziecka poczętego w świetle kodeksu rodzinnego i opiekuńczego*, Wrocław 1985, s. 48-61. Na temat analogicznych (do pewnego stopnia) typów odpowiedzialności (z tytułu tzw. wrongful life oraz wrongful birth) zob. S a f j a n, *Prawo wobec ingerencji w naturę ludzkiej prokreacji*, s. 186-197; t e n ż e, *Prawo i medycyna*, s. 214-225; oraz N e s t e r o w i c z, dz. cyt., s. 85-94.

⁴⁸ Zob. np. J. T. N o o n a n, Jr., *The Experience of Pain by the Unborn*, w: *New Perspectives on Human Abortion*, red. T. W. Hilgers, D. J. Horan, D. Mall, Frederick, Maryland 1981, s. 205-216; B. i J. W i l l k e, *Aborcja – pytania i odpowiedzi*, Gdańsk 1991, s. 63-69. Nawet zwolennicy tak zwanej późnej aborcji (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) muszą sobie zdawać

czuwa go intensywniej niż człowiek dorosły – wiadomo od niedawna. Ostatnio bowiem brytyjscy naukowcy odkryli, że noworodek odczuwa ból czterokrotnie intensywniej niż dorosły, ponieważ między innymi jego receptory bólowe są dużo gęściej utkane niż u osoby dorosłej. A receptory te pojawiają się już na początku płodowego okresu rozwoju⁴⁹. Jeżeli w tym kontekście postuluje się uznanie prawa noworodków do leczenia bólu⁵⁰, to chyba postulat, by respektować takie prawo w przypadku dziecka poczętego, również nie powinien budzić sprzeciwu.

O co z kolei może chodzić w postulacie poszanowania zwłok czy szczątków pacjenta nie narodzonego? – O to na przykład, by nie stały się one surowcem do wyrobu środków kosmetycznych lub farmaceutycznych⁵¹, lub o to, aby matka bądź bliscy mogli otrzymać od szpitala szczątki poronionego dziecka, czy wreszcie o to, by nie były one po prostu wyrzucane na śmietnik⁵².

Jeszcze jedna sprawa, bodaj najtrudniejsza – traktuje o niej punkt siódmy. Jak bowiem pogodzić prawo dziecka do bycia poddanym nie tylko jakiejś szczególnej, lecz w ogóle jakiegokolwiek terapii, z autonomią matki, ściślej – z brakiem jej zgody na terapię dziecka? Jak skutecznie (na gruncie prawa) bronić dziecko wtedy, gdy postępowanie matki w sposób ewidentny zagraża jego zdrowiu lub nawet życiu, gdy na przykład nie chce ona rzucić palenia w okresie ciąży?

Otóż wydaje się, że wtedy, gdy interes dziecka jest zagrożony, a matka nie wyraża zgody na leczenie dziecka, egzekwowanie jego praw jako pacjenta winno sprowadzać się do użycia wszelkich możliwych środków uświadamiania i perswazji, które skłoniłyby matkę do zaakceptowania uzasadnionej medycz-

doskonale sprawę z tego, że poczęte dziecko odczuwa ból, skoro proponują, by płody w trakcie takich „zabiegów”... znieczulać! Zob. *Fundamentalny akt hipokryzji*, „Głos dla Życia” 1998, nr 3, s. 7.

⁴⁹ Jest to naturalnie ekstrapolacja wyników badań noworodków na dziecko nie narodzone, lecz w pełni uprawniona.

⁵⁰ Zob. A. S c h u s t e r, H. G. L e n a r d, *Ból u noworodków i wcześniaków*, „Medycyna Praktyczna” 1991, nr 4, s. 18n.; por. R. J. W h i t e, *Aborcja w trakcie porodu*, „Głos dla Życia” 1998, nr 5-6, s. 24n. Szwedzcy badacze z kolei postulują, by pamiętać o możliwości odczuwania bólu przez dziecko nie narodzone, na przykład w trakcie przeprowadzania operacji in utero (zob. E. A m e r i o u n, M. W e s t g r e n, *Dalig kunskap om smärta hos ofodda barn* [Insufficient Knowledge About Pain in the Unborn Child], „Lakartidningen” 95(1998) nr 25, s. 2959-2961.

⁵¹ Zob. m.in. C. J a c q u i n o t, J. D e l a y e, *Handel mit ungeborenem Leben*, Altstätten 1985; R. R ö s l e r, *Rohstoff Mensch. Embryohandel und Genmanipulation*, Stein am Rhein 1986; R i n i, dz. cyt., s. 25-47.

⁵² W 1982 r. opinię publiczną, zwłaszcza Ameryki, poruszyło odkrycie w przyszpitalnych śmietnikowych kontenerach w Los Angeles ponad szesnastu tysięcy dzieci uśmierconych w przedurodzeniowym stadium życia (zob. W. B r e n n a n, *The Abortion Holocaust. Today's Final Solution*, St. Louis 1983, s. 171n.). Ofiary tego holocaustu zostały po trzech latach prawniczych sporów uroczyście pochowane; pochówek nie miał charakteru religijnego (zob. *Embryos endlich begraben*, „Medizin und Ideologie” 1985, Oktober, s. 41).

nie terapii dziecka. Precedensy w tym względzie już istnieją, co więcej, pewne rozwiązania idą poniekąd dalej od tu proponowanych⁵³. Nie można więc nie uregulować i tej nader delikatnej kwestii.

Na zakończenie – podsumowując proponowane rozwiązania i uprzedzając niejako ewentualne zarzuty – należy podkreślić, że niewątpliwie podstawową kwestią antropologiczno-etyczną w kontekście problematyki praw pacjenta nie narodzonego jest to, czy istota, której prawa te mają dotyczyć, jest w ogóle osobą. W wyniku bowiem konfrontacji współczesnej wiedzy i techniki medycznej z istniejącym prawem powstała dość osobliwa sytuacja: poczęte a nie narodzone dziecko traktowane jak będący osobą pacjent, osobą w świetle prawa nie jest. Narzuca się więc zupełnie fundamentalne pytanie: czy można, nie popadając w logiczny absurd, uznawać osobowe prawa kogoś (czegoś?), lecz nie uznawać osobowego statusu tego kogoś (czegoś)? Czy można – analogicznie – uznawać (w znaczeniu logicznej niesprzeczności) czyjeś podstawowe prawa obywatelskie, nie uznając tego kogoś za obywatela, albo też, czy można – analogia na czasie – mieć kluczowe prawa członka NATO, nie będąc członkiem NATO? Twierdząca odpowiedź na te pytania stanowi obrazę człowieka jako istoty rozumnej...

Rozstrzygając sprawę osobowego statusu człowieka nie narodzonego jako pacjenta należy odróżnić porządek przyczynowy (ontyczny) od porządku uzasadniania. To prawda, że przyznawanie praw pacjenta-osoby dziecku poczętemu wskazuje na to, iż podmiot tych praw winien być uznany za osobę (porządek uzasadniania), jednakże ostatecznie to nie dlatego nie narodzony człowiek jest pacjentem, że się uznaje jego osobowe prawa, lecz odwrotnie: dlatego te prawa winno się uznawać, że jest on osobą (porządek ontyczny).

⁵³ Mamy tutaj na myśli orzecznictwo sądów Stanów Zjednoczonych, które obfituje niejednokrotnie w niezwykle skomplikowane (także w aspekcie socjologiczno-psychologicznym) sprawy tego typu. Zazwyczaj sądy federalne decydowały, że można żądać od kobiety, aby poddała się zabiegowi, który przyniesie niewątpliwą korzyść zagrożonemu dziecku. Gdy w grę wchodził płód (dopiero) 26-tygodniowy i korzyści z interwencji nie byłyby pewne, uznawano takie postępowanie za nieodpowiednie (zob. B e h r m a n, dz. cyt., s. 11). Na przykład w jednej z pierwszych spraw w 1981 r. Sąd Najwyższy stanu Georgia nakazał ciężarnej matce, by poddała się cesarskiemu cięciu oraz innym zabiegom mającym na celu ochronę życia jej dziecka (zob. E. P. F i n a m o r e, *Jefferson v. Griffin Spalding County Hospital Authority: Court-Ordered Surgery to Protect the Life of an Unborn Child*, „American Journal of Law and Medicine” 9(1983) nr 1, s. 83-101).