

Agata Topolewska

Opinie o głębokim uszkodzeniu płodu

Słowa kluczowe: wady wrodzone, zakwalifikowanie do aborcji, wiek, płeć, postawa religijna

Wiele sporów i nieporozumień dotyczy początku i końca ludzkiego życia. W sensie biologicznym początek tych wydarzeń ma swe miejsce w macicy kobiety. Połączenie dwóch gamet w zygotę stawia wiele pytań bez odpowiedzi, wywołuje wiele spekulacji etycznych i obyczajowych, wiele kontrowersji prawnych i dylematów o podłożu religijnym, a nawet politycznym. Można by sądzić, że ten obszar ludzkiego życia wiąże się tylko z biologią i genetyką, jednak wiele jego aspektów sprzęga się z uprawnieniami człowieka, prawem natury, kanonami i zasadami religii chrześcijańskiej, polityką kraju. Niełatwo w takiej sytuacji decydować, czy trudne i sporne kwestie powinny być rozstrzygane przez specjalistów – szczególnie w sytuacji, gdy wielu biologów ma zupełnie inne zdanie na ich temat niż wielu teologów – czy raczej powinniśmy dać każdemu prawo do debatowania o ludzkim losie, o ludzkich wyborach i czynach.

Zacznijmy od zagadnienia, jakim jest poronienie. Oto definicja tego zjawiska podawana w literaturze naukowej, ale popularnej:

Poronienie jest przedwczesnym zakończeniem ciąży oraz wydalaniem jaja płodowego z macicy, u człowieka przed ukończeniem siedemnastego tygodnia ciąży. (Nowa Encyklopedia Powszechna 1997: 254, tom 5)

Poronienie może być samoistne bądź wywołane celowo. Poronienie samoistne jest naturalną selekcją, mającą na celu zlikwidowanie zarodka, który jest obciążony genetycznymi anomaliami bądź wadami wrodzonymi. Taki sposób zakończenia ciąży nie rodzi spekulacji i nie dzieli ludzi. Nie ma sporów, jak w przypadku poronienia sztucznego. Poronienie sztuczne jest zwane inaczej aborcją. Jest sztucznym zniszczeniem płodu, zanim osiągnął zdolność do samodzielnego życia. Jest to każde działanie na rzecz przerwania rozwoju ciąży przez usunięcie zarodka, płodu oraz łożyska z macicy.

Polskie prawo zezwala na aborcję pod pewnymi warunkami, które określa: „Ustawa (z dnia 7 stycznia 1993 roku) o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży”. Ustawa stanowi:

Prawo do życia podlega ochronie, w tym również w fazie prenatalnej w granicach określonych w ustawie. Przerywanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku, gdy: 1. Ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, 2. Badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, 3. Zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego, 4. Kobieta ciężarna znajduje się w ciężkich warunkach życiowych lub trudnej sytuacji osobistej (pkt 4 utracił moc z dniem 23 XII 1997 roku).

W wypadkach, gdy zagrożone jest życie kobiety oraz wówczas gdy dziecko jest obciążone ciężkim upośledzeniem bądź będzie nieuleczalnie chore, dopuszczalność czasowa przerywania ciąży jest określona dość szeroko – „do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej”.

Rozwój człowieka, jak wiadomo, jest determinowany nie tylko genetycznie, przez zawartość naszego DNA, ale także przez środowisko, w którym żyjemy. Środowisko zewnętrzne działa na nas od początku istnienia, czyli od momentu poczęcia. Człowiek nigdy nie jest zakończonym tworem rozwoju. Zmieniamy się cały czas, a to, co się dzieje z nami, i to, co na nas wpływa, jest konsekwencją tego, co się działo z nami wcześniej. Człowiek jest determinowany przez czynniki genetyczne i czynniki środowiskowe.

Ponad 90% rodzących się dzieci jest w pełni zdrowych i dzieci te mogą prowadzić całkowicie normalne życie. Jednak przychodzą też na świat dzieci ciężko chore, zdeformowane, mające wady i uszkodzenia, które pozostawiają swoje piętno na ich wyglądzie, a także upośledzają funkcjonowanie ich organizmu. Chociaż procent takich dzieci jest niewielki, powstają trudne pytania. Czy jeśli dziecko będzie nieuleczalnie chore bądź w poważnej mierze zdeformowane, to wolno rozważać przerywanie ciąży? Czy samoistne poronienie może sugerować, kiedy jest dopuszczalne usunięcie zarodka lub płodu mającego poważną wadę genetyczną? Czy postęp medycyny jest tak znaczny, by należało zabronić usuwania płodu w większości wątpliwych przypadków? Czy dopuszczalny jest argument, że niekiedy aborcja jest wskazana, by zmniejszyć do minimum leczenie terapeutyczne oraz ingerencję chirurgiczną?

Postanowiłam przeprowadzić badania na ten temat w ramach przygotowywanej pracy dyplomowej w Wyższej Szkole Pedagogiki Resocjalizacyjnej „Pedagogium”. Opracowałam ankietę na temat tego, w jakich przypadkach respondenci uznają wyraźne uszkodzenie płodu za powód dla stosowania aborcji w zgodzie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej. W tym celu przyjąłam definicję, że deformacja płodu to trwałe zniekształcenie ciała ludzkiego powiązane z nieprawidłowościami w funkcjonowaniu całego organizmu lub ważnych organów ciała.

Ta definicja ma odpowiadać sformułowaniu „duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu” z ustawy. Treść przyjętej definicji została podana respondentom podczas przeprowadzania wywiadu. Respondentami były osoby dorosłe, dobrane przypadkowo (choć nie losowo), w większości z Warszawy, których opinii na temat przerywania ciąży z góry nie znałam. Moje wyniki nie mają więc znaczenia statystycznego, dają jednak pewną orientację co do potocznej zdolności rozpoznawania głębokich uszkodzeń i związku między uszkodzeniami a decyzją o dopuszczalności aborcji. Badanie przeprowadziłam na zbiorze 40 osób. Poza pytaniami o treści demograficznej badani odpowiadali na dwa pytania:

- (1) Czy Pana/Pani zadaniem opisane uszkodzenie ciała należy uznać za głęboką deformację płodu?
- (2) Czy opisany przypadek kwalifikuje się do przerwania ciąży?

Odpowiedzi przedstawiono w załączonej Tabeli i wyrażono w procentach. Czarnym drukiem zaznaczono odpowiedzi na pytanie (1) i reprezentują one procent respondentów uznających wskazany defekt za głęboki, czerwonym drukiem odpowiedzi na pytanie (2) i reprezentują one procent respondentów uznających wskazany defekt za wskazanie do przeprowadzenia aborcji.

Wyniki ankiety: Pytanie (1)

Tabela przedstawia 30 deformacji fizycznych, wad wrodzonych, upośledzeń płodu i różnego rodzaju uszkodzeń ciała od dość powierzchownych zniekształceń ciała do bardzo głębokich i śmiertelnych chorób.

Respondenci dość zgodnie zaliczyli do „głębokich defektów” następujące wady wrodzone: potworkowatość (potworniak), gastroschisis, maszkaronizm (gargolizm), przepuklina pępkowa, brak mózgowia, brak pokrywy czaszki. Podobnie oceniono następujące wady wrodzone: 99% ogółu uznało rozszczep kręgosłupa, jednooczność, etmocefalię za głęboki defekt, 95% małomózgowie oraz syrenowatość kończyn, 90% jednostronny lub obustronny brak płuc, 88% fakomelię oraz wycisowanie pęcherza moczowego, 85% osób uznało za taką przetrwały stek, tetralogię Fallota i brak odbytu z przetoką lub bez przetoki oraz zespół Klippela-Feila. Różnice w odpowiedziach są nieznaczące.

Ważne jest natomiast to, że ostrzejsze w ocenie okazały się kobiety, które zakwalifikowały około 90% podanych deformacji do „głębokich”, mężczyźni byli łagodniejsi w ocenie lub, mówiąc inaczej, mniej wrażliwi lub mniej zdolni do rozpoznania głębokich uszkodzeń. Ostrożniejsi w kwalifikacjach byli także ateści oraz osoby nastoletnie. Najostrzejsze oceny należały do ankietowanych wierzących praktykujących i wierzących niepraktykujących powyżej 20. roku życia.

Wyniki ankiety: Pytanie (2)

Pytanie (2) dotyczyło tego, kiedy głęboka deformacja upoważnia do przerywania ciąży. Podstawą odpowiedzi były te same deformacje ciała i wady wrodzone, uleczalne bądź nieuleczalne, czasem śmiertelne.

Najwięcej wątpliwości, a nawet emocjonalnych wypowiedzi, wywoływały ciężkie wady wrodzone, które nie zawsze są wyleczalne, ponieważ nie zawsze dzieci z takimi wadami da się uratować. Zdarza się, że umierają krótko po porodzie bądź rodzą się już martwe. Rozszczep kręgosłupa da się zdiagnozować w trakcie ciąży, istnieje też prawdopodobieństwo operacji na płodzie w łonie matki. Gastroschisis, rozszczepienie powłok brzusznych, wcześniej zdiagnozowane, pozwala przygotować poród oraz natychmiastową interwencję chirurgiczną. Potworkowość jest bardzo częstą przyczyną decyzji o aborcji. Tak więc są to choroby bardzo ciężkie, jednak nie wszystkie kwalifikują się do aborcji z powodów fizjologicznych, jeśli wziąć pod uwagę, że istnieje wysoko rozwinięta chirurgia dziecięca, neonatologia oraz diagnostyka prenatalna, która jest w stanie zniwelować wiele szkodliwych następstw chorób. Niezależnie od płci, wieku czy wiary za wady kwalifikujące do aborcji uznano: brak pokryw czaszki – 95% respondentów, potworkowość (potworniak) – 93%, jednoocność i brak mózgowia – 90%, etmocefalię – 83%, gastroschisis oraz rozszczep kręgosłupa – po 80%. Większość dzieci umiera, nie mając pokrywy czaszki, a tym samym mózgu, ewentualnie jakieś zawiązki tkanki mózgowej, brak mózgowia.

Wadami, które zostały w najmniejszej liczbie odpowiedzi zaklasyfikowane do aborcji, są deformacje ciała, z którymi człowiek jest w stanie żyć, choć może mieć problemy ze zdrowiem bądź może potrzebować interwencji chirurgicznej lub intensywnej rehabilitacji. Do tego typu wad wrodzonych należą: rozdwojenie języka i brak małżowiny usznej – te przypadki uznano za kwalifikujące się do aborcji w 18%, adactylia: 23%, wrodzony brak nosa, obustronny rozszczep podniebienia oraz brak oczu: po 30%, amelia: 48%. Zwraca uwagę, że brak nosa i brak oczu respondenci uznali za równie głębokie upośledzenie.

Częściej natomiast za wskaźnik zezwalający na przeprowadzenie aborcji uznano wady i choroby, które upośledzały funkcjonowanie narządów wewnętrznych organizmu, upośledzały umysł i powodowały śmierć płodu. Mam wrażenie, że respondenci kierowali się wcześniej udzielonymi odpowiedziami na pytanie pierwsze, gdzie dzielili według własnego uznania poszczególne deformacje na „lekki defekt” oraz „głęboki defekt”.

Osoby, które wyróżniają się w uznaniu wskazanych wad wrodzonych za głębokie defekty kwalifikujące płód do aborcji byli – traktowani jako osobne grupy – mężczyźni, wierzący praktykujący, wierzący niepraktykujący oraz respondenci po 20. roku życia. Osoby, które odznaczały się ostrożnym stanowiskiem, to ateści oraz osoby nastoletnie.

Wyniki ankiety: inne pytania

Ankieta zawierała również pytania dotyczące pożądanых ustaleń prawnych dotyczących przerywania ciąży i innych problemów związanych z tym zagadnieniem. Blisko 2/3 respondentów było zdania, że należy przywrócić prawo do aborcji, gdy „kobieta ciężarna znajduje się w ciężkich warunkach życiowych lub trudnej sytuacji osobistej”. Za tym rozwiązaniem opowiadają się – znów traktowani rozłącznie – mężczyźni, osoby wierzące, ale niepraktykujące oraz osoby po 20. roku życia.

Tylko 1/4 akceptuje propozycję, by do Konstytucji RP wprowadzić poprawkę o ochronie życia „od momentu poczęcia aż do naturalnej śmierci”. W tej grupie większość to osoby wierzące praktykujące po 20. roku życia. Co więcej, nawet obecne brzmienie „Ustawy...” ponad połowa respondentów uznaje za zbyt ograniczające wolność decyzji kobiety ciężarnej. Jedynie osoby wierzące i praktykujące w swej większości akceptują brzmienie tej ustawy. W innych grupach większość uznaje ustawę za zbyt surową.

W każdej grupie – także wśród wierzących praktykujących – większość była zdania, że należy wprowadzić kompleksowe i obowiązkowe badania, które umożliwiłyby wczesne wykrycie anomalii rozwoju płodu. Zwolennicy tego rozwiązania uważają, że takie badania powinny być bezpłatne.

Znaczna większość respondentów – 83% uznaje, że głęboki defekt płodu wykryty do 12. tygodnia ciąży zezwala na usunięcie zarodka. Jednak już tylko 1/3 badanych zezwala na usunięcie ciąży z tego powodu na każdym jej etapie. W pierwszej grupie większość stanowią mężczyźni, w drugiej kobiety. Także w całej próbie więcej kobiet niż mężczyzn zezwala na aborcję na każdym etapie ciąży, gdy płód obarczony jest wadą wrodzoną. Stanowisko to popierają także w większości – traktowane rozłącznie – osoby wierzące niepraktykujące oraz osoby po 20. roku życia.

Dwie osoby uważały, że jakakolwiek wada pozwala uznać dziecko narodzone za biologicznego potwora – był to ateista oraz osoba wierząca niepraktykująca.

Tylko jedna osoba zmusiłaby matkę do urodzenia kalekiego dziecka i była to osoba wierząca praktykująca.

Cztery osoby uznałyby za słuszne zmuszenie matki do urodzenia kolejnego, kalekiego dziecka nawet w wypadku, gdy wiadomo, że dziecko umrze w chwilę po porodzie. Trzy z tych osób to wierzący praktykujący, jedna to ateista.

Mniej niż połowa ankietowanych utożsamia aborcję z morderstwem. Połowa z tych osób to kobiety, osoby wierzące praktykujące, do 20. roku życia.

Prawie połowa respondentów uważa, że tylko kobieta powinna decydować o losie płodu. 9 z nich to kobiety, w większości ateści oraz osoby wierzące praktykujące, po 20. roku życia.

1/4 osób, w znacznej większości ateści oraz osoby wierzące niepraktykujące, uznają, że ludzkie płody powinny być traktowane w ten sam sposób co organy ludzkiego ciała, czyli zasługują na specjalną ochronę, ale nie mają statusu człowieka.

Wyniki ankiety: pytania światopoglądowe

Pytałam też o to, kto z respondentów uznaje twierdzenie: „Gdy dusza wstępuje w ciało, zaczyna się życie, a staje się to w momencie poczęcia”. Pozytywną odpowiedź dało 40% respondentów, z niemal równą częstością osoby wierzące praktykujące i osoby wierzące niepraktykujące.

Z tym pytaniem związane było inne, przez które chciałam ustalić praktyczne konsekwencje powyższego przekonania. Pytałam, do którego miesiąca wolno przerywać ciążę bez względu na powód. Chciałam wiedzieć, czy respondenci dopuszczają przerywanie ciąży lub nie ze względu na stan zaawansowania rozwoju płodu. Konkretnie stadia rozwoju były poparte zdjęciami płodów i charakterystyką procesów zachodzących oraz zakończonych na danym etapie życia zarodkowego, jak też prenatalnego.

Zdecydowana większość, bo ponad połowa respondentów, przyzwala na usunięcie ciąży w okresie do 5. tygodnia włącznie. Jedynie większość w grupie wierzących praktykujących jest przeciw. Około 1/3 ankietowanych uznaje okres do 7. tygodnia ciąży za dopuszczalny, tylko 1/4 zezwala na aborcję jeszcze do 9. tygodnia, chociaż prawie wszyscy zgodnie uznali, że do 12. tygodnia ciąży aborcja jest dopuszczalna, jeśli płód jest chory bądź zdeformowany, oraz połowa respondentów przyzwala na aborcję płodu chorego i upośledzonego niezależnie od trwania ciąży. Występuje tu pewna niezgodność między ogólnymi deklaracjami i szczegółowymi decyzjami. Nie ulega jednak wątpliwości, że respondenci są bardziej przychylni dla wykonania zabiegu przerwania ciąży na każdym etapie rozwoju dziecka, jeśli istnieje zagrożenie, że noworodek będzie nieuleczalnie chory, zdeformowany czy upośledzony. Chcą podtrzymywać jednocześnie dwa poglądy, że aborcja jako typ czynu jest niedopuszczalna, ale że w niektórych przypadkach jest nieunikniona. Nie dostrzegają sprzeczności między tymi poglądami.

Co więcej, po raz kolejny, ku mojemu zaskoczeniu, przeprowadzona ankieta pokazała, że ateści i osoby wierzące niepraktykujące są bardziej restrykcyjne niż inne grupy. Uznają możliwość przerwania ciąży do 18. tygodnia, co się niewiele różni od obowiązującego prawa (do 12. tygodnia). Natomiast osoby wierzące praktykujące zezwalają na przerwanie ciąży nawet w 32. tygodniu.

Bardziej przychylni aborcji są mężczyźni, kobiety znów są ostrożniejsze i powściągliwiej rozporządzają tym, co uznają za ludzkie życie. Osoby starsze, po 20. roku życia, okazują się być mniej restrykcyjne niż osoby młodsze. Osoby do 20. roku życia w większości określają granicę aborcyjną zgodnie z obecnym

polskim prawem o planowaniu rodziny, natomiast osoby po 20. roku życia dają przyzwolenie nawet do 32. tygodnia.

Znaczna większość respondentów niezależnie od wieku, wiary czy płci uznała, że ukazanie im zdjęć pozwala lepiej zrozumieć problem aborcji. Zdjęcia wzbudzały wiele emocji, obrzydzenie, wstręt i może z tego powodu większość osób mając wizualizację wybranego defektu, utwierdziła się w przekonaniu, że głębokie defekty płodów rzeczywiście istnieją i aborcja powinna zapobiegać wydawaniu na świat noworodków głęboko uszkodzonych przez naturę.

Mniej wymagające w tym względzie okazały się jednak kobiety. Choć zwykle się sądzi, że kobiety są ogromnymi estetkami, to jednak w ocenie warunków dopuszczających aborcję ze względu na deformacje ciała były ostrożniejsze. Mężczyźni natomiast są chyba wrokońcami w każdej sferze życia, bo oglądając zdjęcia deformacji, reagowali bardziej zdecydowanie. Także ci z ankietowanych, u których spodziewałam się postawy pełnej wyrozumiałości, tolerancji dla ludzkiej odmienności i litości dla ułomności człowieka, czyli u osób wierzących praktykujących i wierzących niepraktykujących, odsetek respondentów reagujących szokiem na głębokie defekty był wysoki i bliski postawie mężczyzn jako grupy.

Kryteria wieku okazały się bardzo różnicujące. Osoby młodsze, do 20. roku życia były ostrożniejsze w zalecaniu aborcji z powodu wizualnie odpychających uszkodzeń. Ci respondenci byli bardziej liberalni i wyrozumiali. Możliwe, że ich wiedza na temat defektów fizjologicznych jest dość powierzchowna albo że poziom ich optymizmu jest większy niż w innych grupach. Ponadto ta tematyka chyba nie jest w polu ich aktualnego zainteresowania. Nie mają wyrobionego zdania, ukształtowanych wartości i norm, którymi chcieliby się w przyszłości kierować – i może utrudniać im podejmowanie tego typu decyzji.

Badania pokazały też, że w doborze badań prenatalnych, koniecznych dla ustalenia wielu głębokich defektów, kobiety są ostrożniejsze. Wolą raczej nie wiedzieć o zagrożeniach niż narazić płód na badania inwazyjne, choćby w niewielkim stopniu groźne dla zdrowia. Podczas rozmowy wspominały, że nie chcą być „dodatkowo” odpowiedzialne za ból dziecka, które być może jest już upośledzone przez naturę. Kobiety niechętnie w ogóle myślały o badaniach prenatalnych, mówiąc, że mają one na celu selekcję, a nie terapię. Natomiast mężczyźni w większym odsetku niż kobiety proponują badania prenatalne i chcą brać udział w podejmowaniu decyzji dotyczącej przyszłości płodu. Jednocześnie większość respondentów nie wykazywała aprobaty dla dopuszczenia innych osób poza ojcem i matką do współdecydowania o aborcji.

Były osoby, które uznały za słuszne zmuszenie matki do urodzenia kalekiego dziecka, nawet w przypadku, gdy miałoby to być drugie już kalekie dziecko. Były nimi w szczególności osoby wierzące praktykujące. Jednocześnie, mimo że Kościół katolicki uznaje aborcję za morderstwo, tylko 15% w grupie wierzących praktykujących i niepraktykujących oznajmiło, że według nich aborcja jest tożsama z morderstwem.

Ciekawym przypadkiem jest postawa ateistów. To oni okazali się bardziej restrykcyjni. Rzadziej kwalifikowali wady wrodzone do „głębokich” i rzadziej wyrażali aprobatę dla przerwania ciąży. Byli w mniejszości także pod tym względem, że niechętnie uznają wadę wrodzoną za wystarczający powód do przeprowadzenia aborcji. Granicę aborcyjną w większości wyznaczyli na 12. tydzień ciąży.

Moje badanie ujawniło dwa istotne fakty. Po pierwsze, stosowanie obowiązującego prawa jest trudne, ponieważ nie ma jasnych kryteriów „ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu”. Rozpoznanie takich stanów nie może być określone tylko przez specjalistów, ponieważ „Ustawa...” nie wprowadza takiego ograniczenia i podobne rozwiązanie klóciłoby się z powszechnym poczuciem, że rodzice mogą sami decydować w pewnym zakresie, co uważają za „głęboki wrodzony defekt”. Jednak przeprowadzone badanie pokazuje też, że opinia o tym, co jest głębokim defektem, zależy nie tylko od obiektywnych cech biologicznych płodu, ale od wieku, przekonań i praktyk religijnych oraz płci osób podejmujących decyzję. Regulacje wprowadzone przez prawo są więc tylko pozornie jasne i przekonujące. Po drugie, potoczne wyobrażenia o tym, kto jest zwolennikiem, a kto przeciwnikiem aborcji, są chyba błędne. Osoby religijne reagują stereotypowym potępieniem na pytanie o aborcję, ale dostrzegają tragedię rodziców, którzy mieliby wychowywać głęboko uszkodzone dziecko, i nieszcześnie samych tych dzieci. Niekiedy więc wyrażają zgodę na aborcję i wtedy nie różnicują okresu, w którym aborcja mogłaby być przeprowadzona. Kobiety mniej dbają o wygląd fizyczny uszkodzonego dziecka i bardziej troszczą się o jego sprawność fizyczną i cierpienie. Młodzi ludzie mają chyba ten problem nieprzemyślany, ale są tolerancyjni i chcą być opiekuńczy.

Mówiąc krótko – defekty płodu, tak jak każdy trudny do rozwiązania problem, staramy się wypchnąć ze świadomości. Wtedy, niestety, on wraca i często ze zdwojoną siłą. Myślę więc, że wprowadzanie jakichkolwiek sztywnych ustaleń jest w tej dziedzinie niebezpieczne i nieuzasadnione. Przekonały mnie słowa pewnego nawróconego lekarza, profesora (niegdyś dyrektora największej w świecie kliniki aborcyjnej w Nowym Jorku) w pełni zgodne z tym, co udało mi się ustalić:

...przestańmy rościć sobie prawo do rozpracowywania najdrobniejszych szczegółów tajemnicy życia – dopiero wówczas każdy z nas osiągnie pełny moralny status, jakiego potrzebujemy, by żyć razem w pokoju i harmonii... (Nathanson 2000: 157)

Tabela: 30 rodzajów wrodzonych

W lewej części tabeli wpisano procent odpowiedzi TAK na pytanie: „Czy Pana/Pani zdaniem opisane uszkodzenie ciała należy uznać za głębszą deformację płodu?”. W prawej części tabeli wpisano procent odpowiedzi TAK na pytanie: „Czy opisany przypadek kwalifikuje się do przerwania ciąży?” (Źródło fotografii: Internet)

WADA WRODZONA	
1. Potworkowatość (potworniak) – ciężkie wady wrodzone. Mogą się z nich rozwinąć nowotwory.	
MĘŻCZYZNA	100
KOBIETA	100
WIERZĄCY PRAKTYKUJĄCY	100
WIERZĄCY NIEPRAKTYKUJĄCY	100
NIEWIERZĄCY NIEPRAKTYKUJĄCY	100
WIEK DO 19 R.Z	100
WIEK OD 20 DO 22 R.Z	100
MĘŻCZYZNA	100
KOBIETA	85
WIERZĄCY PRAKTYKUJĄCY	93
WIERZĄCY NIEPRAKTYKUJĄCY	87
NIEWIERZĄCY NIEPRAKTYKUJĄCY	100
WIEK DO 19 R.Z	24
WIEK OD 20 DO 22 R.Z	92

WADA WRODZONA		MĘCZYZNA	85	95	100	80	90	88	92	65	60	53	33	20	40	31	29
		KOBIETA	85	45	93	93	70	81	92	50	47	47	33	20	40	31	29
		WIERZĄCY PRAKTYKUJĄCY	73	40	40	13	10	19	25	25	13	27	33	20	40	31	29
		WIERZĄCY NIEPRAKTYKUJĄCY	67	13	10	10	10	19	25	25	13	27	33	20	40	31	29
		WIERZĄCY NIEPRAKTYKUJĄCY	70	10	10	10	10	19	25	25	13	27	33	20	40	31	29
		WIERZĄCY NIEPRAKTYKUJĄCY	69	19	10	10	10	19	25	25	13	27	33	20	40	31	29
		WIERZĄCY NIEPRAKTYKUJĄCY	71	25	10	10	10	19	25	25	13	27	33	20	40	31	29
		WIERZĄCY NIEPRAKTYKUJĄCY	71	25	10	10	10	19	25	25	13	27	33	20	40	31	29
		WIERZĄCY NIEPRAKTYKUJĄCY	71	25	10	10	10	19	25	25	13	27	33	20	40	31	29
		WIERZĄCY NIEPRAKTYKUJĄCY	71	25	10	10	10	19	25	25	13	27	33	20	40	31	29
		WIERZĄCY NIEPRAKTYKUJĄCY	71	25	10	10	10	19	25	25	13	27	33	20	40	31	29
		WIERZĄCY NIEPRAKTYKUJĄCY	71	25	10	10	10	19	25	25	13	27	33	20	40	31	29
		WIERZĄCY NIEPRAKTYKUJĄCY	71	25	10	10	10	19	25	25	13	27	33	20	40	31	29
		WIERZĄCY NIEPRAKTYKUJĄCY	71	25	10	10	10	19	25	25	13	27	33	20	40	31	29
3. Jednostronny lub obustronny brak płuc.		MĘCZYZNA	55	85	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
		KOBIETA	85	45	93	93	70	81	92	50	47	47	33	20	40	31	29
4. Wycinowanie pęcherza moczowego – wada występuje głównie u płci męskiej. Pęcherz moczowy znajduje się na zewnątrz. Tej wadzie pęcherza moczowego towarzyszy z reguły rozdwojenie prącia u chłopców, a u dziewczynek rozdwojenie lechtaćki i szerokie rozdzielenie warg sromowych. Często nie wykształca się spojenie łonowe.		MĘCZYZNA	85	45	93	93	70	81	92	50	47	47	33	20	40	31	29
		KOBIETA	85	45	93	93	70	81	92	50	47	47	33	20	40	31	29
5. Rozdwojenie języka.		MĘCZYZNA	55	85	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
		KOBIETA	85	45	93	93	70	81	92	50	47	47	33	20	40	31	29

6. Wrodzona przepuklina rozworowa (krótki przetyk) – część żołądka zostaje wciągnięta przez rozwór przeponowy do klatki piersiowej		32,5	35	80	53	70	56	75	45	25	33	33	40	31	38
7. Małomózgowie – jest wadą, która polega na pierwotnym niedorozwoju połkul mózgowych.		95	95	100	87	100	88	100	55	55	40	47	90	50	58
8. Gastroschisis – wada rozwojowa polegająca na wrodzonym rozszczepie powłok brzusznych.			100	100	100	100	100	100	90	70	73	80	90	81	80
9. Ubytek przegrody międzykomorowej – wada wrodzona serca.			30	75	87	47	70	56	55	30	40	40	50	38	46
10. Fokomelia – wada rozwojowa kończyn, polegająca na niedorozwoju lub braku kości długich z obecnością stóp lub dłoni połączonych bezpośrednio z tułowiem.			90	85	80	100	80	88	55	35	33	47	60	38	50



15. Przepuklina pępkowa – jelita mogą przedostać się przez niedostatecznie zamknięty otwór w pępku poza jamę brzuszną. Worek przepuklinowy pokryty jest skórą.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	40	70	67	73	90	75	75
	85	100	100	100	100	100	100	100	94	100	95	65	73	73	100	75	83
	75	90	87	80	80	80	80	75	88	40	35	40	40	33	40	31	42
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	95	85	87	87	100	100	88	92
16. Rozszczep kregoslupa.																	
17. Brak odbytu z przetoką lub bez przetoki – kanał odbytu kończy się ślepo lub wytwarza się przetoka otwierająca się nie do dolka odbytu, lecz w innym miejscu.	75	90	87	80	80	80	80	75	88	40	35	40	40	33	40	31	42
18. Brak mózgowia.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	95	85	87	87	100	100	88	92

21. Przetrwwały stek – układ moczowy, płciowy oraz pokarmowy mają wspólne ujście.	100	100	87	73	100	88	83	45	45	40	33	70	50	42
22. Syrenowatość kończyn – jest wadą, w której następuje połączenie kończyn dolnych z równoczesną wadą miednicy. Pojedyncza kończyna dolna składa się z 1 kości udowej, 2 lub 3 kości poniżej kolana i 5 lub 6 palców przy stopie.	70	100	100	93	90	100	92	75	55	47	73	80	63	63
														
23. Ariencefalia – zaburzenie podstawowe dotyczy wędchomózgowia lub ogólnego zaniku kresomózgowia, brak przegród nosowej, dochodzi do rozszczepu podniebienia oraz do zmniejszenia odległości między przyśrodkowymi kątami oczu.	55	65	53	60	70	75	50	50	35	40	40	50	31	50
24. Zespół Klippela-Feila – wada wrodzona układu kostnego polegająca na zrośnięciu dwóch lub więcej kręgów szyjnych albo na zmniejszonej ich liczbie. Osoby z zespołem Klippela-Feila charakteryzuje niska ruchomość szyi oraz jej skrócenie, niska linia włosów z tyłu głowy, skrzywienie kręgosłupa, niesymetryczna twarz. Często obserwuje się także kłopoty z sercem, nerkami, narządami płciowymi, mięśniami, mózgiem, kończynami, palcami oraz rdzeniem kręgowym.	75	70	87	87	70	88	80	55	40	40	47	60	38	54

28. Adactylia – brak palców.		35	60	60	27	60	69	33	30	15	20	13	30	13	29
29. Brak oczu – może dotyczyć jednego oka lub obu oczu. Wada niezależnie od rodzaju zwykle wiąże się z wadami mózgowia i czaszki.		55	80	73	60	70	75	63	40	25	20	33	50	19	42
30. Tetralogia Fallota – w wadzie tej nieprawidłowości polegają na: zwężeniu ujścia pnia płucnego, ubytku przegrody międzykomorowej, przerostcie prawej komory, prawostronnym przesunięciu aorty nad przegrodą międzykomorową. Tej wadzie towarzyszą: sinica skóry i błon śluzowych, wysoki poziom hemoglobiny w krwi krążącej, palce pałeczkowate, duszność przy wysiłku, karmieniu. Nieoperowani pacjenci: 25% umiera w 1 roku życia, 40% umiera do 3 roku życia, 70% przed uzyskaniem 10 roku życia, 5% dożywa 40 roku życia.		75	90	80	93	70	94	75	65	45	53	60	50	44	63

Źródło: Deformacje fizyczne w ocenie społecznej (praca dyplomowa): czerwiec 2007 (%)

Opinions about Seriousness of Defects in Embryos

Keywords: *congenital defects, permissibility of abortion, age, gender, religious attitude*

The paper deals with the right to life in embryos with serious congenital defects. It deals with this question indirectly by focusing on popular opinions about the existence of such a right, and not by addressing the alleged right directly. A questionnaire was constructed which contained pictures and descriptions of several congenital defects. Respondents were asked to determine in the first place if, in their opinion, the case presented could be considered a case of a serious congenital defect and, secondly, if in their opinion the case qualified as one w\in which abortion should be permissible. The sample was small and it is not representative. Bu the correlations that have been found are interesting. Responses differed with respect to gender, age, and religious belief.