

Zeszyty Problemowe
nr 1/2009, koszt wydania 1,40 zł
ISSN 1507-9864

Służba
ZYCIU



KAŻDE
poczęte dziecko
ma prawo do życia!

KAŻDE – bez wyjątku!

Życie ludzkie zaczyna się w momencie poczęcia

„Każda osoba ma bardzo precyzyjnie określony początek, przy poczęciu”.

Jerome Lejeune, profesor genetyki na Uniwersytecie Kartyusza w Paryżu oraz odkrywca wzoru chromosomów zespołu Downa

„Zgodnie ze wszystkimi kryteriami współczesnej biologii molekularnej, życie jest obecne od momentu poczęcia”.

prof. Hymie Gordon, Klinika Mayo

„Rozwój człowieka zaczyna się od połączenia dwu komórek – gamety żeńskiej, czyli komórki jajowej (oocyty), i gamety męskiej – plemnika, w akcji zapłodnienia”.

prof. dr hab. Med. Michał Troszyński

„W świetle obecnej wiedzy nie ulega wątpliwości, że życie człowieka zostaje zapoczątkowane w następstwie połączenia się dwu komórek rozrodczych – gamet – żeńskiej i męskiej w postać komórki macierzystej zwanej zygotą, która o tej chwili zaczyna żyć własnym rytmem”.

prof. dr hab. med. Maria Rybakowa, Komitet Rozwoju Człowieka Wydziału Nauk Medycznych PAN Warszawa-Kraków

„Po zapłodnieniu, to jest zespoleniu się jądra komórki jajowej z jądrem plemnika (co następuje w jajowodzie, blisko jego ujścia od strony jajnika) powstaje całkowicie nowa, odbiegająca od genotypów rodzicielskich, odrębna jakość genetyczna – nowa osoba ludzka. Zestaw jej genów w komórkach somatycznych nie ulegnie już zmianie do końca życia”

prof. dr hab. Bolesław Suszka, biolog, pracownik naukowy PAN

„Szacunek dla nowego życia od samego poczęcia i uznanie dziecka za partnera w dialogu są bardzo ważne. Ten dialog rozpoczyna się w momencie poczęcia”.

prof. dr hab. Peter G. Fedor-Freybergh

Wiedza na poziomie dziecka

Prawda o początku życia ludzkiego zamieszczona jest w podręcznikach dla dzieci ze szkół podstawowych – czytaj poniżej.

„Nasze życie zaczęło się wtedy, gdy połączyły się ze sobą dwie komórki rozrodcze. (...) Tak wygląda początek życia człowieka” (za: J. Angiel, J. Kądziołka, R. Stawarz, *Przyroda i człowiek. Podręcznik do klasy czwartej szkoły podstawowej*, WSiP SA, Warszawa 1999)

„W życiu człowieka, rozpoczynającym się w chwili poczęcia, wyróżniamy następujące okresy rozwojowe: zarodkowy, płodowy, noworodkowy, niemowlęcy, poniemowlęcy, dzieciństwa, dojrzewania, dojrzałości, wiek średni, starości”. (za: W. Gołda, M. Kłyś, J. Wardas, *Biologia dla gimnazjum*, Wydawnictwo Nowa Era, Warszawa 2001)

„Życie każdego człowieka zaczyna się w chwili, gdy komórka jajowa matki i plemnik ojca łączą się w organizmie matki. Nazywa się to zapłodnieniem”. (za: Williams B., *Encyklopedia pytań i odpowiedzi*, Delta, Warszawa, wyd. oryg. Kingfisher, New York, 1997)



Zdjęcie na okładce, autorstwa Pana Wojciecha Nowickiego nosi tytuł „Halo, Niebo!”. Zostało nagrodzone w IX Ogólnokrajowym Konkursie Fotograficznym „Dziecko niepełnosprawne kochane takie jakie jest, dlatego, że jest.”

Na tegoroczny, X – jubileuszowy konkurs prace można nadsyłać do 5 X 2009 r. Więcej informacji na stronie www.aga.org.pl w zakładce: Konkurs foto. Zapraszamy do udziału w konkursie!

Stowarzyszenie „Po Pierwsze Rodzina”



TYGODNIK RODZIN KATOLICKICH
ZRÓDŁO

W drodze do Nieba...

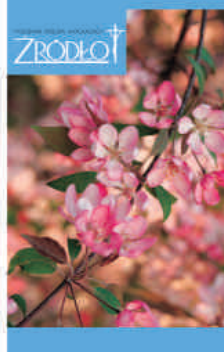
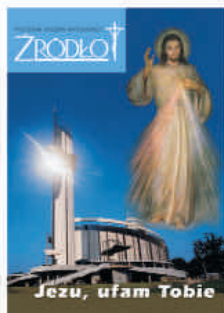
- pragniemy Dobra
- szukamy Mądrości
- służymy Życiu
- prowadzimy do Prawdy

W każdym numerze: interesujące artykuły, katechezy Ojca Świętego Benedykta XVI, rozważania ks. bp. Jana Szkodonia i ks. Edwarda Stańka, Ewangelia z komentarzem na każdy dzień tygodnia, żywoty świętych, rady duszpasterza i lekarza, wiadomości polityczne oraz z życia Kościoła, krzyżówka, a także strona dla dzieci.

Pytajcie w swoich parafiach!

Zachęcamy także do prenumeraty!

Koszt prenumeraty: kwartalnej – 52 zł, półrocznej – 104 zł, rocznej – 208 zł.
Fundacja „Źródło”, ul. Smoleńsk 2, 31-004 Kraków
PEKAO S.A. nr 26 1240 4432 1111 0000 4726 6472
Bliższe informacje można uzyskać w redakcji Tygodnika Rodzin Katolickich „Źródło”, ul. Mikołajska 17, 31-027 Kraków, tel. 012 423 22 57



W „Źródle” znajdziesz bieżące informacje nt. wielkiej batalii o życie człowieka

Dawca życia Zwycięzca śmierci



Drodzy Przyjaciele!

Oddajemy do Waszych rąk kolejny numer „Służby Życiu. Zeszytów Problemowych” zatytułowany „Każde poczęte dziecko ma prawo do życia”, w którym wykazujemy bezzasadność tzw. wyjątków zapisanych w ustawie chroniącej życie poczętych dzieci z 7 I 1993 r.

W ustawie tej pozbawiono prawa do życia poczęte dzieci poprzez następujący artykuł: „art. 4a. 1. Przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy: 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, 2) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, 3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego”.

Należy podkreślić, że ten zapis ustawy nie jest żadnym kompromisem pomiędzy obrońcami życia poczętych dzieci a zwolennikami legalności aborcji, lecz jest to realny wynik ostrej, politycznej walki rozegranej w latach 1990–1993. Obrońcy życia nigdy nie akceptowali żadnych zapisów pozbawiających nienarodzone dzieci ich podstawowego prawa człowieka prawa do życia.

Niezmiennym celem obrońców życia jest i pozostanie zawsze zapewnienie **każdemu** poczętemu dziecku bezwarunkowego prawa do życia.

Materiały opublikowane w tym numerze dostarczają przekonywujących argumentów za prawem do życia także dla nienarodzonego dziecka chorego lub z wadą wrodzoną. Jakże nieludzkie, barbarzyńskie wręcz, jest „prawo”, które głosi, że poważna choroba czy niepełnosprawność nienarodzonego człowieka pozbawia go prawa do życia!

Nienarodzone dziecko uznawane jest aktualnie przez wielkie autorytety medyczne za pacjenta (por. str. 10). Lekarz nigdy nie może zabijać swych pacjentów, także tych jeszcze nienarodzonych.

Należy podkreślić, że dzięki wielkiemu postępowi nauk medycznych praktycznie nie ma konfliktu między ochroną życia matki a ochroną życia jej nienarodzonego dziecka (por. artykuły: prof. dr. hab. B. Chazara i dr med. B. Żuchowskiej).

Niech mi wolno będzie w tym miejscu przytoczyć wypowiedź sprzed 33 lat nestora polskich ginekologów-położników, doc. dr. hab. med. Włodzimierza Fijałkowskiego: „Nie znam takiej sytuacji, w której bym chodził i rwał sobie włosy z głowy: czy matkę ratować czy dziecko. Wszyscy to ciągle powtarzają, ale to nie ma odbicia w rzeczywistości. To są po prostu fałszywe obrażenia”.

W numerze tym opowiadamy się za prawem do życia dziecka poczętego w wyniku przestępstwa. Jakże skrajnie niesprawiedliwy jest zapis w ustawie z 1993 r. pozbawiający ochrony życia dziecka, gdy: „zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego”.

Wystarczy „uzasadnione podejrzenie”, że popełnienia przestępstwa przez ojca poczętego dziecka a absolutnie niewinne i bezbronne poczęte dziecko może być pozbawione życia; dokonać można aborcji, czyli wykonać swoistą karę śmierci na absolutnie niewinnym nienarodzonego człowieku.

Zupełnie niezrozumiałe jest stanowisko tych, którzy w imię szacunku do życia człowieka opowiadają się jednoznacznie przeciwko karze śmierci nawet dla największych zbrodniarzy i jednocześnie popierają aborcję – swoistą karę śmierci dla niewinnego dziecka, którego jedyną „winą” jest „uzasadnione podejrzenie” przestępstwa popełnionego przez jego ojca...

Zachęcając do uważnej lektury całego numeru wyrażam nadzieję, że służyć on będzie budowaniu cywilizacji życia, w której każdy nienarodzony człowiek będzie miał zapewnione bezwarunkowe prawo do życia.

dr inż. Antoni Zięba
prezes Polskiego Stowarzyszenia Obrońców Życia Człowieka

W
b
i
e
ż
ą
c
y
m
n
u
m
e
r
z
e

Służba ŻYCIU

prof. dr hab. B. Chazan

Życie matki i życie dziecka przed urodzeniem 4

dr med. Beata Żuchowska

Ciąża a nowotwory 6

Dziecko jako pacjent 10

Niedopuszczalny kierunek:

eugenika aborcyjna 12

Szczęśliwe narodziny 14

Maria Jakimiuk

Gwałt, aborcja
– dramat w dwóch aktach 16

Bohaterskie matki 22

„Służba Życiu. Zeszyty Problemowe”
wydawana jest przez Polskie
Stowarzyszenie Obrońców
Życia Człowieka.

Redaguje zespół:

Antoni Zięba (redaktor naczelny),
Czesław Chytra, Halina Chytra,
Rafał Michalik, ks. Franciszek Plonka,
Wanda Półtawska, Katarzyna Urban

Adres redakcji:

ul. Mikołajska 17, 31-027 Kraków,
tel. /faks (012) 421 08 43,
e-mail: biuro@pro-life.pl
Sekretariat redakcji czynny od poniedziałku do
piątku w godzinach 9.00-15.00.

Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia
Człowieka w ramach działalności statutowej
wydaje i nieodpłatnie rozprawdza pismo
„Służba Życiu”, licząc na ofiarności obroń-
ców życia. Wszyscy, którzy prześlą na konto
Stowarzyszenia dar – minimum 30 zł – będą
otrzymywać przez 2 lata kolejne numery
„Służby Życiu” oraz inne materiały pro-life.

Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka organizacja pożytku publicznego
ul. Krowoderska 24/1, 31-142 Kraków
93 1240 4650 1111 0000 5150 8401

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania tekstów, nadawania tytułów oraz srodotytułów oraz przekazywania praw autorskich do opublikowanych artykułów innym redakcjom i organizacjom pro-life. Tekstów niezamówionych nie odsyłamy.

Życie matki i życie dziecka przed urodzeniem

Lekarze powinni w swoim postępowaniu kierować się najnowszą wiedzą, która inaczej niż kilka lat wcześniej stawia problem zagrożenia dla zdrowia i życia chorej kobiety będącej w ciąży. W wielu przypadkach doniesienie ciąży do terminu porodu lub chociaż do momentu uzyskania dojrzałości dziecka do życia pozałonowego jest możliwe bez dodatkowego ryzyka dla matki.

Położnictwo jest unikalną dziedziną medycyny, gdzie lekarz opiekuje się jednocześnie dwiema osobami: matką i nienarodzonym dzieckiem.

Ciąża i poród u większości kobiet przebiegają bez zakłóceń, rodzi się zdrowe dziecko. Macierzyństwo najczęściej nie łączy się wówczas z istotnym zagrożeniem dla zdrowia czy życia matki. Nie zawsze tak się dzieje. Przebieg ciąży czy porodu jest czasem komplikowany przez powikłania. Postęp wiedzy i tech-



Twarz dziecka ok. 5 miesięcy od poczęcia

nologii medycznej sprawia ponadto, że macierzyństwo stało się osiągalne dla kobiet chorych, które przedtem były takiej szansy pozbawione. Istniejąca przedtem lub pojawiająca się choroba może być przyczyną powikłania ciąży, zagrożenia dla matki i co za tym idzie dla dziecka, lub tylko dla dziecka. Trzeba jednak podkreślić, że współczesna medycyna potrafi tym zagrożeniom zapobiec, zmniejszyć stopień niebezpieczeństwa lub je usunąć.

Nauczyliśmy się utrzymać przy życiu bardzo niedojrzałe noworodki i zapewnić coraz większej ich liczbie prawidłowy lub w niewielkim tylko stopniu zakłócony rozwój. Pozwala to na podejmowanie wcześniejszej decyzji o ukończeniu ciąży, jeżeli to jest wskazane w interesie zdrowia czy życia matki i jednocześnie zapewnić przeżycie dziecka. **Coraz częściej okazuje się, że przerwanie ciąży łączy się z podobnym lub nawet większym ryzy-**

kiem dla zdrowia i życia matki niż przedłużenie ciąży do momentu osiągnięcia przez dziecko zdolności do życia poza organizmem matki.

Nie tak dawno jeszcze uważano, że nowotwór złośliwy rozwija się w organizmie kobiety będącej w ciąży szybciej niż u nie-ciężarnej. Obecnie nie znajduje się przekonujących dowodów wskazujących, że ciąża wpływa niekorzystnie na biologię, naturalną historię, prognozę lub leczenie nowotworów. Oczywiście lekarz opiekujący się kobietą i planujący leczenie pacjentki powinien brać pod uwagę stopień rozwoju dziecka i jego zdolność do życia poza macicą matki, ale jednocześnie nie jest pod presją upływającego czasu, może podjąć decyzję o podjęciu definitywnego leczenia nieco później. Zdaniem wyżej cytowanych autorów, w większości przypadków nowotworów złośliwych choroba nie wpływa niekorzystnie na rozwój płodu. Częstszym zagrożeniem może być toksyczne oddziaływanie stosowanych metod leczenia. Kontynuacja ciąży u większości chorych nie jest związana z przyspieszeniem rozwoju nowotworu, a więc wykonanie procedury aborcji nie przynosi korzystnych efektów dla zdrowia matki. Konieczna jest ciągła, dokładna obserwacja w każdym przypadku choroby i podejmowanie w porozumieniu z pacjentką decyzji.

Nie znaleziono różnic w częstości przeżycia pomiędzy kobietami w ciąży i nie-ciężarnymi chorymi na raka szyjki macicy. Opóźnienie definitywnego leczenia do czasu osiągnięcia dojrzałości przez dziecko nie powodowało zmniejszenia przeżywalności. Prognoza zależy od stopnia zaawansowania nowotworu w momencie rozpoznania.

Około 3 % przypadków raka piersi jest rozpoznawanych w okresie ciąży. Jest to najczęstszy nowotwór u kobiet w wieku dojrzałości płciowej. Niedawno jeszcze sądzono, że ciąża wpływa niekorzystnie na przebieg kliniczny raka piersi i na rokowanie dla chorej. Nowsze badania wykazują jednak, że czas przeżycia u kobiet ciężarnych i nie ciężarnych będących w tym samym stopniu zaawansowania choro-

by jest porównywalny. Nie oznacza to jednak, że opóźnienie diagnostyki nowotworu u kobiety będącej w ciąży jest uzasadnione, należy wykonać wszystkie konieczne badania łącznie

Kontynuacja ciąży u większości chorych nie jest związana z przyspieszeniem rozwoju nowotworu, a więc wykonanie procedury aborcji nie przynosi korzystnych efektów dla zdrowia matki.

z mammografią, jeżeli jest wskazana. Wielu autorów wykazało, że wykonywanie aborcji u kobiety w ciąży, u której wykryto raka piersi jest nieuzasadnione.

Podobny mit został rozwiany w odniesieniu do prognozy dla kobiety ciężarnej, u której rozpoznano inny rodzaj nowotworu: czerniaka. Stwierdzono jednocześnie, że aborcja nie poprawia stopnia przeżywalności u pacjentek a ciąża w przyszłości nie zwiększa ryzyka nawrotu choroby.

Wielu autorów wykazało, że wykonywanie aborcji u kobiety w ciąży, u której wykryto raka piersi jest nieuzasadnione.

Pojawienie się u kobiety w ciąży poważnych powikłań zagrażających zdrowiu lub życiu matki, a co za tym idzie także jej dziecka, wymaga od opiekujących się pacjentką lekarzy dużej rozwagi w podejmowaniu decyzji diagnostycznych i terapeutycznych. Zdarza się, że działania medyczne ukierunkowane na ratowanie życia matki pociągają za sobą śmierć dziecka. Nie jest dopuszczalne natomiast podejmowanie działań bezpośrednio ukierunkowanych na dziecko, na pozabawienie go życia. Takie sytuacje zawsze stawiają lekarzy wobec trudnych decyzji. Ważne, by kobieta, nasza pacjentka, jej mąż i rodzina nie czuli się wówczas pozbawieni wsparcia psychicznego.

Pracuję jako ginekolog prawie trzydzieści lat, w tym wiele lat w ośrodku referencyjnym, gdzie rodziły kobiety z różnymi powikłaniami. Było ich pewnie około 100 tysięcy. Pamiętam trzy

kobiety z ciężkim zagrożeniem życia związanym z faktem ciąży, dwie z wadą serca, jedna zmarła, jedna poroniła, trzecia z ciężkim schorzeniem wątroby, osiemnastoletnia dziewczyna wbrew opinii ojca zdecydowała się donosić ciążę. I urodziła dziecko.

Jak wskazują powyżej przedstawione informacje z fachowej literatury, lekarze powinni w swoim postępowaniu kierować się najnowszą wiedzą, która inaczej niż kilka lat wcześniej stawia problem zagrożenia dla zdrowia i życia chorej kobiety będącej w ciąży. W wielu przypadkach donoszenie ciąży do terminu porodu lub chociaż do momentu uzyskania dojrzałości dziecka do życia pozałonowego jest możliwe bez dodatkowego ryzyka dla matki. Wykonanie trzeciego czy czwartego cięcia cesarskiego, chociaż obciążone nieco większym ryzykiem w ogromnej większości przypadków nie jest równoznaczne z zagrożeniem dla matki. Konieczna jest wysoka jakość opieki medycznej nad kobietą i jej dzieckiem podczas ciąży i porodu, odpowiednie wykszolenie i postawa etyczna personelu medycznego. Coraz częściej te warunki są spełniane w polskich szpitalach.

prof. dr med. n. med.

Bogdan Chazan,

ginekolog-położnik,

dyrektor Szpitala Ginekologiczno-

-Położniczego im. Świętej Rodziny

w Warszawie, b. krajowy konsultant

w dziedzinie ginekologii i położnictwa

1. Munkarah A.R., Morris R.T., Schimp V.L.: *Malignant Disease*. W: James D.K., Steer P.J., Weiner C.P., Gonik B.: *High Risk Pregnancy*, third edition, Elsevier Saunders, 2006, Chap. 53
2. Stood A.K., Sorosky J.I.: *Invasive cervical cancer complicating pregnancy*. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, 1998, 25, 343–383
3. Petrek J.A., Dukoff R., Rogatko A.: *Prognosis of pregnancy - associated breast cancer*. *Cancer*, 1991, 67, 869–872
4. Katz V.L., Farmer R.M., Dotters D.: *Focus on primary care: From nevus to neoplasm: Myths of melanoma in pregnancy*. *Obstet. Gynecol. Surv.*, 2002, 57, 112–120

Ciąża a nowotwory

Choroba nowotworowa zawsze jest dramatem, zarówno dla pacjenta jak i dla lekarza. Zwłaszcza, gdy dotyczy osoby młodej, kobiety u progu macierzyństwa. Dlatego napięcie emocjonalne, jakie towarzyszy temu zagadnieniu jest ogromne. Równocześnie stosunkowo małe osobiste doświadczenie ogółu lekarzy jest powodem powstawania kontrowersyjnych opinii, które często nie są oparte na danych naukowych.

Występowanie ciąży i chorób nowotworowych jest zjawiskiem stosunkowo rzadkim, ponieważ nowotwory to choroby wieku starszego. Najczęściej na nowotwory chorują ludzie między 50. a 60. rokiem życia. W tym przedziale wiekowym nie mamy do czynienia z prokreacją. Nowotwory u kobiet młodszych zdarzają się stosunkowo rzadko i w praktyce onkologicznej możemy mieć do czynienia z mniej więcej 1 przypadkiem koincydencji ciąży i choroby nowotworowej na około 100 leczonych chorób. Na podstawie badań statystycznych dla stanu Nowy Jork, na około 3,5 tys. porodów jeden jest u kobiety, która miała lub ma chorobę nowotworową. W Polsce takich statystyk nie prowadzi się.

W latach 90. ukazały się wielkie zestawienia dotyczące wpływu ciąży na przebieg choroby nowotworowej i wpływu nowotworu na ciążę, oparte na materiale kilkuset, a nawet kilku tysięcy przypadków zebranych z wielu ośrodków.

Poniżej przedstawiam wyniki z tych wieloośrodkowych badań:

- jak często występują nowotwory w ciąży?
- czy ciąża wpływa korzystnie, czy niekorzystnie na przebieg choroby nowotworowej?
- czy nowotwór może wpływać niekorzystnie na poczęte dziecko, tzn. czy może atakować płód i łożysko?
- jakie metody postępowania są najlepsze w przypadku współistnienia ciąży i choroby nowotworowej?
- czy kobieta wyleczona z choroby nowotworowej może i czy powinna rodzić dzieci?

Czy ciążą wpływa niekorzystnie na przebieg choroby nowotworowej?

Istnieją pewne przesłanki teoretyczne, że ciąża mogłaby przyspieszać przebieg choroby nowotworowej. Związane jest to z pewnymi osiągnięciami nauk immunologicznych, zwłaszcza zagadnienia tzw. bariery immunologicznej. Wydaje się, że jeżeli w ciąży bariera immunologiczna jest obniżona, bo organizm matki musi tolerować płód, który jest w końcu obcym organizmem, to ta bariera immunologiczna musi być również obniżona dla nowotworów. W związku z tym, nowotwór w ciąży powinien się lepiej rozwijać i być bardziej dynamiczny. Wydaje się, że pewne obserwacje, zwłaszcza takie obserwacje kazuistyczne, które wskazują na to, że czasami widziano w ciąży bardzo zaawansowaną postać choroby nowotworowej o dramatycznym przebiegu, mogłyby potwierdzać to zdanie i powodować opinię, że ciąża uzłośliwia nowotwór i związku z tym powinna być jak najszybciej usunięta, aby ten nowotwór jeszcze można było leczyć, względnie by tak szybko nie przebiegał i nie doprowadził szybko do śmierci. Badania na dużym materiale wykazują, że nie jest to prawda. Wręcz przeciwnie, okazuje się, że

pewne nowotwory o zwykle bardzo dużej dynamice, których rozwój niewątpliwie ma związek z odpornością organizmu, w ciąży występuje rzadziej np. rak zapalny sutka, który jest jednym z najgorszych, najbardziej złośliwych nowotworów piersi, u kobiet w ciąży występuje rzadziej niż u kobiet poza ciążą.

Obserwacje złośliwości pewnych nowotworów w ciąży wiążą się często z tym, że nowotwory u ludzi młodych przebiegają z reguły bardziej złośliwie i bardziej dynamicznie niezależnie od tego, czy dana pacjentka jest w ciąży czy nie. Jeżeli zestawimy przebieg kliniczny, jak i możliwość wyleczenia nowotworu u kobiet, to okazuje się, że wyniki leczenia nowotworów w ciąży, w takim samym stopniu zaawansowania, są identyczne jak wyniki leczenia u chorych, które nie były w ciąży, w tym samym przedziale wieku i oczywiście w tym samym stopniu zaawansowania.

Te błędne opinie, które mówią o gorszym rokowaniu i większej dynamice nowotworów w ciąży, wiążą się z tym, że chore w ciąży, czyli chore młode, porównuje się z całą populacją chorych na daną jednostkę chorobową. W takich chorobach jak rak sutka wiadomo jest, że u chorych starych rokowanie jest zdecydowanie lepsze, a przebieg choroby wolniejszy niż u chorych młodych. Chore do czterdziestego roku życia rokują generalnie rzecz biorąc gorzej, nowotwór jest bardziej złośliwy, ale z kolei chore, u których choroba współistnieje z ciążą i były leczone, mają identyczne, a nawet w niektórych statystykach nieco lepsze szanse od chorych, których ciąża nie komplikowała przebiegu choroby nowotworowej. Również podobne obserwacje i podobne badania statystyczne przeprowadzono dla innych nowotworów. Zarówno czerniak, nowotwory przewodu pokarmowego, rak jajnika czy rak szyjki macicy w ciąży, nie przebiegają wcale bardziej dynamicznie. Być może, że duży stopień zaawanso-

wania tych chorych, które badamy, u których współistnieje ciąża i choroba nowotworowa wynika z tego, że uwaga pacjentki w okresie ciąży jest bardziej skoncentrowana na ciąży, a nie na wczesnych objawach choroby nowotworowej i bardzo często błędnie wczesne objawy choroby nowotworowej przypisuje lekarz niedomaganiom związanym z ciążą. Zdarza się, że rak piersi u kobiet w ciąży jest rozpoznawany dużo później, ponieważ rozwijający się guz piersi często jest przez lekarza prowadzącego pacjentkę uważany za jakiejś zmiany fizjologiczne sutków występujące w przebiegu ciąży. Lekarz uspokaja pacjentkę. Dopiero zaawansowany rak sutka, który przypada na drugi czy trzeci trymestr ciąży powoduje alarm i zaniepokojenie lekarza. Podobnie bywa z innymi nowotworami, które w ciąży nie są rozpoznawane z tego powodu, że albo pacjentka pochłonięta jest swoją ciążą, albo lekarz nie zwraca uwagi na objawy onkologiczne, które u chorej, która by nie była w ciąży, byłyby na pewno zauważalne. W związku z tym, jeśli chodzi o diagnostykę nowotworową w ciąży, należy wyczulić uwagę i wziąć pod uwagę również to, że u kobiety w ciąży może się rozwijać nowotwór równie często jak u pacjentki, która w ciąży nie jest. Ciąża nie wpływa korzystnie na przebieg żadnego nowotworu. Nowotwór w ciąży rozwija się zgodnie ze swoim naturalnym przebiegiem.

Czy nowotwór stanowi zagrożenie dla poczętego dziecka?

To znaczy czy może dać przerzuty do płodu czy do łożyska, czy może jakoś ciąży zagrozić? Czy dziecko nie urodzi się z chorobą nowotworową?

Obserwacje bardzo wielu pacjentek ciężarnych wykazały, że dzieci w przeważającej większości rodzą się zdrowe bez choroby nowotworowej. Badania sekcyjne zmarłych dzieci w czasie porodu, z powodów okołoporodowych, nie wykazały żadnych komórek nowotworowych w obrębie płodu. Co prawda, w literaturze światowej, analizując wiele tysięcy takich przypadków, opi-

Można uratować matkę i dziecko

Dr Elyce Cardonick, amerykańska lekarz-specjalista medycyny prenatalnej z Cooper University Hospital w New Jersey, potwierdziła w trakcie swoich badań, że poczęte dzieci matek, u których stwierdzono chorobę nowotworową, są zupełnie bezpieczne pod warunkiem, że zastosowanie chemioterapii zostanie odłożone do czasu upływu pierwszych trzech miesięcy życia płodowego dziecka. [za: Life Site – 13.04.2006 r.]

sano kilka przypadków przerzutu nowotworów do płodu. Do końca jednak nie wiadomo, czy nie było to dziedziczne uwarunkowanie, ponieważ dotyczyło nowotworów, w których pewne powiązania dziedziczne istnieją. Być może było to bardzo wczesne wystąpienie nowotworu w życiu płodowym, a nie przerzut z matki do płodu. Nowotwór może występować w każdym wieku, również w wieku płodowym.

Kobieta chora na nowotwór ma szanse urodzić zdrowe dziecko tak samo jak kobieta, która tego nowotworu nie ma.

Czy leczenie choroby nowotworowej dla kobiety w ciąży jest bezpieczne?

Nowotwory to takie choroby, które mimo leczenia rozwijają się dalej i doprowadzają do śmierci. Choroba nowotworowa powinna być leczona jak najszybciej. Czy w ciąży możemy zastosować takie leczenie choroby nowotworowej, jakie jest adekwatne dla danej choroby i stopnia jej zaawansowania? Czy takie leczenie nie będzie zbyt obciążające dla dziecka? Najczęściej nowotwory leczymy chirurgicznie. Polega to na usunięciu samego nowotworu, względnie z marginesem otaczających go tkanek lub nawet narządów z całym narządem, który przez nowotwór był zaatakowany. Takie leczenie chirurgiczne, jak najbardziej jest możliwe w ciąży, oczywiście anestezjolog powinien się porozumieć z położnikiem. W zasadzie nie ma okresu ciąży, który byłby niedogodny dla leczenia chirurgicznego. Leczenie chirurgiczne powinno być podjęte możliwie najwcześ-

niej z punktu widzenia diagnostyki nowotworu. Chora powinna być zoperowana najszybciej po ustaleniu wskazań do operacji, niezależnie od okresu ciąży. W przypadku nowotworów wolno rosnących, gdy mamy do czynienia z ostatnim trymestrem ciąży, gdy chora jest tuż przed porodem, możemy poczekać do naturalnego porodu, bądź poród przyspieszyć i wtedy chorą zoperować po porodzie. Natomiast w pozostałych przypadkach nie należy zwlekać i matkę operować.

Przy obecnym stanie anestezjologii w doświadczonych zespołach chirurgicznych ryzyko zagrożenia ciąży przy leczeniu operacyjnym jest niewielkie.

Występuje jedynie w przypadku zabiegów okolicy jamy brzusznej, bo wtedy wiąże się z manipulacjami w okolicy ciężarnej macicy. Może ją to pobudzić do skurczów, ale są przecież leki przeciwskurczowe. Kobiety w ciąży można prowadzić na tych lekach, żeby uchronić je przed poronieniem czy przed przedwczesnym porodem.

Drugą metodą leczenia nowotworów jest leczenie napromieniowaniem. Ten rodzaj leczenia nie jest obojętny dla dziecka. Napromieniowanie jonizujące jest szkodliwe dla płodu i kobieta w ciąży nie powinna być poddawana jakimkolwiek napromieniowaniu, czy to wynikającemu z zagrożenia zawodowego, czy też diagnostycznego. Jeżeli chodzi o prześwietlenia w ciąży, oczywiście powinno się ich unikać. Ale u pacjentki onkologicznej będącej w ciąży istnieją wskazania do wykonania badań radiologicznych. Jak wygląda w związku z tym zagrożenie?

Do badań radiologicznych zdecydowanie przeciwwskazanych w ciąży należą: tomografia komputerowa jamy

brzuszej, badania izotopowe, scyntygrafia. Izotop wychwytywany jest przez tkanki płodu jako tkanki szybko rosnące, o dużym metabolizmie. W ciąży możemy bezpiecznie wykonywać badanie ultrasonograficzne a także badanie za pomocą rezonansu magnetycznego. Jeżeli chodzi o napromieniowanie, możemy stosunkowo bezpiecznie napromieniować górną połowę ciała tzn. od przepony w górę i jeżeli istnieje konieczność leczenia napromieniowaniem, w zasadzie techniki napromieniowania i dawka, którą się podaje jest identyczna jak u chorej, która nie jest w ciąży. Chora dostaje pełną terapeutyczną dawkę. Gorzej jest, jeżeli chodzi o konieczność napromieniowania narządów znajdujących się poniżej przepony. Tutaj nie ma mowy o leczeniu napromieniowaniem, ponieważ dawka powyżej 50 rentgenów jest dla płodu zabójcza, a dawki terapeutyczne są rzędu 5000 rentgenów. W związku z tym wyłania się problem, jak leczyć raka macicy. Rak jajnika można usunąć. Jeżeli usunie się cały nowotwór, to z leczeniem uzupełniającym można poczekać do okresu po porodzie. Natomiast jeśli chodzi o raka macicy, który się rozwija, musimy go leczyć, a tu leczenie jest dla ciąży niebezpieczne. Jeżeli mamy do czynienia z rakiem przedinwazyjnym i ciążą późną, to ona już niedługo się skończy i problemu nie ma. Rak nieinwazyjny, żeby przejść w inwazyjny potrzebuje dużo czasu, w związku z tym nie ma żadnego pośpiechu. Gorzej, jeżeli mamy do czynienia z rakiem przedinwazyjnym i ciążą wczesną. Tutaj zdania są podzielone. Wymaga to dużego doświadczenia ze strony onkologa i położnika, ale istnieje możliwość doprowadzenia do końca ciąży, jak również wyleczenia pacjentki z raka przedinwazyjnego we wczesnym okresie ciąży. Z tym, że o ile z rakiem przedinwazyjnym w drugim, czy trzecim trymestrze ciąży nikt nie ma wątpliwości, że można urodzić zdrowe dziecko i wyleczyć pacjentkę, o tyle z rakiem przedinwazyjnym w pierwszym trymestrze ciąży wielu onkologów uważa, że jest to wskazanie do usunięcia ciąży i leczenia pacjentki, chociaż istnieje możliwość wyleczenia

pacjentki z utrzymaniem ciąży do końca. Dramatyczna jest sytuacja z rakiem inwazyjnym. Pacjentka musi być leczona tak, jakby była leczona bez ciąży, tzn. musi przejść operację i usuwa się macicę łącznie z dzieckiem i ewentualnie się napromienia. Pacjentka musi być poinformowana o konsekwencjach takiego leczenia i ostateczna decyzja należy do niej. Samo napromieniowanie w tym trymestrze ciąży doprowadza do śmierci poczętego dziecka i poronienia samoistnego. Leczenie pacjentki w drugim i trzecim trymestrze ciąży polega na tym, że czekamy do momentu, kiedy dziecko będzie zdolne do życia. Oczywiście, dziecko zdolne do życia będzie miało szanse na przeżycie jako wcześniak. Dalsze leczenie przebiega tak jak z pacjentką, która nie jest w ciąży.

Leczenie napromieniowaniem innych nowotworów, jeśli chodzi o teren jamy brzusznej należy zostawić na okres po porodzie.

Trzecia metoda leczenia nowotworów polega na leczeniu za pomocą środków chemicznych, które mają działanie uszkadzające komórki. Im komórka jest młodsza, bardziej dynamiczna i szybciej dzieląca się, tym szybciej zostanie uszkodzona. Teoretycznie, oprócz komórek nowotworowych, które spełniają te kryteria, powinny zostać najszybciej uszkodzone komórki płodu, jako komórki młode, dzielące się i dynamiczne.

Badania na zwierzętach, jak i przesłanki teoretyczne wskazują na to, że jakiegokolwiek cytostatyki stosowane w ciąży mogą doprowadzić do uszkodzenia i śmierci płodu. Badania, które w przypadku wszystkich leków prowadzi się na zwierzętach, dotyczą również działania teratogennego tych leków

i jeżeli nie zostały zbadane leki pod tym kątem, to nie zaleca się stosowania ich w ciąży. Jeżeli mają udowodnioną teratogenność, to tym bardziej nie należy ich stosować. Wpływ cytostatyku na ciążę nie zależy tylko od tego, czy on będzie w próbówce, czy u ciężarnych zwierząt uszkadzał komórki płodowe, ale również od jego farmakokinetyki. Czy lek dostanie się przez łożysko do płodu, czy jego stężenie w tkankach płodu będzie wystarczająco wysokie, aby mogło uszkodzić go, czy też istnieją jakieś inne mechanizmy, które chronią płód przed cytostatykami. Ze względów etycznych takich badań na ludziach się nie przeprowadza i w związku z tym doświadczenia dotyczące cytostatyków w ciąży mogą pochodzić tylko jedynie z obserwacji przypadków, gdzie mimo istnienia ciąży cytostatyki zostały zastosowane. W tej chwili na świecie istnieje już bardzo szeroka literatura dotycząca stosowania cytostatyków w ciąży. Dotyczy to bądź przypadkowego zastosowania cytostatyków w ciąży, np. pacjentka nie wie, że jest w ciąży i jest leczona cytostatykami, względnie pacjentka w trakcie leczenia cytostatykami zachodzi w ciążę, o czym nie wie i zanim ciąża zostanie stwierdzona mija jakiś czas. Istnieje następna grupa chorych, które nie godząc się na inne metody leczenia, czy po prostu nie godząc się na przerwanie ciąży są leczone, wiedząc o istniejącym ryzyku. W tej chwili ta grupa chorych, które w czasie ciąży brały cytostatyki jest bardzo duża. Liczy kilka tysięcy i na podstawie obserwacji tych matek, które później urodziły dzieci okazało się, że te dane teoretyczne nie znajdują potwierdzenia w praktyce. Okazało się, że bardzo wiele chorych, które otrzymywały cytosta-

W Toronto, w Princess Margaret Hospital od 1931 r. gromadzone są informacje nt. pacjentek chorujących na raka i będących w ciąży. Co kilka lat publikowane są aktualizowane statystyki na ten temat. Statystyki opublikowane w 1989 r., zebrane przez dr R. M. Clark i T. Chua dotyczą 154 pacjentek, chorujących na raka piersi. Z danych tych wynika, że po 20 latach od rozpoznania u nich choroby wszystkie 21 pacjentek, które poddano tzw. aborcji terapeutycznej już nie żyło, podczas gdy 20% z pacjentek, które zdecydowały się donosić ciążę przeżyło. (za: LifeNews.com, 10.12.2007).

tyki urodziły zupełnie zdrowe dzieci bez jakichkolwiek uszkodzeń genetycznych, bez wad rozwojowych. Są to dzieci, które rozwijają się zupełnie prawidłowo.

Czasami zdarza się urodzenie dziecka z wadą rozwojową, którą można wiązać z działaniem cytostatyków. W związku z tym przeanalizowano wpływ, rodzaj jak i wiek ciąży na ewentualność powstania wad rozwojowych i okazało się, że najbardziej szkodliwe są cytostatyki w pierwszym trymestrze ciąży. Ilość wad rozwojowych u dzieci, których matki były leczone chemicznie do 3. miesiąca ciąży wynosi od kilkunastu do dwudziestu procent. Nie wszystkie cytostatyki są jednakowo szkodliwe dla poczętego dziecka, bo istnieją pewne wady po jednych cytostatykach, a po innych wady w ogóle nie występują.

Można więc wyłonić grupę cytostatyków, po których nie obserwuje się wad rozwojowych i na tej bazie opracować programy terapeutyczne, które mogą być alternatywną metodą postępowania. Tak więc, jeżeli kobieta w ciąży wymaga leczenia cytostatykami np. w przypadku białaczki, chłoniaków, ziarnicy, to może być leczona. Oczywiście, zawsze ryzyko istnieje, ale przy doborze pewnych programów terapeutycznych można je zminimalizować.

Jeżeli chodzi o stosowanie cytostatyków w drugim i trzecim trymestrze ciąży, nie stwierdzono żadnego negatywnego ich wpływu. Ryzyko wad rozwojowych dzieci u kobiet otrzymujących cytostatyki w późniejszej ciąży nie jest większe niż u dzieci kobiet, które w ciąży nie były w ogóle leczone. Tak więc w przypadku ciąży w drugim czy trzecim trymestrze, jeżeli istnieją wskazania do chemioterapii, to może być ona przeprowadzana.

Oczywiście istnieją pewne przesłanki, że leki te przechodzą do płodu i mogą wystąpić te same objawy uboczne, co u matki tzn. mogą doprowadzić do uszkodzenia szpiku kostnego, dzieci mogą się rodzić anemiczne. W związku z tym, jak należy postępować z pacjentką, która jest w ciąży? Przede wszystkim, należy ocenić, jaki jest stopień zaawansowania choroby



Dziecko ok. 8 tygodni od poczęcia

nowotworowej, jaka jest optymalna metoda leczenia i jakie są szanse na wyleczenie. Czasem się zdarza, że mamy do czynienia z pacjentką, która ma tak zaawansowaną chorobę nowotworową, że jakkolwiek terapia jest poza zasięgiem możliwości lekarza. W wielu zaawansowanych chorobach nowotworowych, niezależnie od tego, czy pacjentka jest w ciąży, czy nie, lekarz nie może już nic zrobić. Trzeba sobie zdawać sprawę, że stosowanie chemioterapii w tych tak bardzo zaawansowanych nowotworach daje szanse około 5 do 10% na krótkotrwałą poprawę, nie daje żadnych szans na wyleczenie. Jeżeli mamy pacjentkę w tak bardzo zaawansowanej chorobie nowotworowej w ciąży, to w zasadzie nie mamy jej nic do zaoferowania, jeżeli chodzi o leczenie. I to należy pacjentce powiedzieć. Jest to bardzo trudna rozmowa i nie ma lekarzy, którzy byli by doświadczeni i przygotowani na takie rozmowy. Trzeba pacjentce uświadomić, że jej życia nie da się uratować, ale że można uratować życie dziecka. Jeszcze parę lat temu przychodziły pacjentki z zaawansowaną chorobą nowotworową, gdzie jedynym postępowaniem lekarskim było przerwanie ciąży. W przypadku, gdy nie ma jakiegokolwiek moż-

liwości leczenia, jedyną osobą, którą z tej dwójki matka-dziecko można było uratować to dziecko, któremu nic nie zagrażało. Matka, w czasie równie szybkim jak bez leczenia była skazana na śmierć, a wszelkie próby chemioterapii czy radioterapii były działaniem pozorowanym, nie dającym jej absolutnie szans.

Jeżeli mamy do czynienia z chorobą niezaawansowaną – taką, która znajduje się w zakresie naszych możliwości terapeutycznych, praktycznie leczymy pacjentkę tak, jakby nie była w ciąży, możliwie szybko, uwzględniając te wszystkie trudności, o których była mowa powyżej.

W wyniku postępu medycyny, chemioterapii i wczesnego rozpoznawania chorób nowotworowych, adekwatnego ich leczenia, bardzo wiele chorych jest wyleczonych. Zwłaszcza dotyczy to chorych na raka sutka, nowotwory limfatyczne. Dotyczy to 60% trwałych wyleczeń.

dr n. med.

*Beata Żuchowska-Vogelgesang,
b. pracownik naukowy Instytutu
Onkologii w Krakowie,
od 30 lat zajmuje się diagnostyką
i terapią nowotworów*

Dziecko poczęte jako pacjent

W świetle współczesnej medycyny nienarodzone dziecko jest pacjentem, okrutnym paradoksem jest więc, że jego choroba jest, również w naszym kraju, wskazaniem do aborcji, czyli zabicia poczętego dziecka. Jest to najbardziej drastyczna forma dyskryminacja ludzi chorych i niepełnosprawnych. Tymczasem obecny rozwój medycyny pozwala leczyć dzieci jeszcze przed narodzeniem.

z Konwencji Praw Dziecka ONZ (1989 r.):

„Dziecko, z uwagi na swoją niedojrzałość psychiczną oraz umysłową, wymaga szczególnej opieki i troski, w tym właściwej ochrony prawnej, zarówno przed jak i po urodzeniu”.

Prof. dr med. J. Aleksandrowicz (przew. Komisji Ochrony Zdrowia O/PAN w Krakowie, b. wiceprzew. Światowej Akademii Nauki i Sztuki):

„Logicznie rzecz biorąc przedmiotem oddziaływania medycznego w przypadku kobiety ciężarnej jest nie jeden organizm, ale dwa organizmy, w zupełnie różnych stadiach rozwoju”.

Prof. dr hab. med. Z. Słomko (kierownik Kliniki Perinatologii AM w Poznaniu, konsultant WHO):

„Perinatolog znajduje się w szczególnej sytuacji, tj. winien rozpatrywać konsekwencje podejmowanych decyzji w odniesieniu do zdrowia lub życia matki oraz nienarodzonego dziecka. (...) nie narodzone dziecko jest w takim samym stopniu uprawnione do ochrony jak człowiek dorosły”.

Prof. dr hab. med. R. Klimek (dyrektor Instytutu Ginekologii i Położnictwa AM w Krakowie, członek Komitetu Naukowego Światowej Federacji Ginekologów):

„Matka i płód nie mogą być traktowane jako pojedyncza biologiczna jednostka, ale jako dwoje różnych pacjentów”.

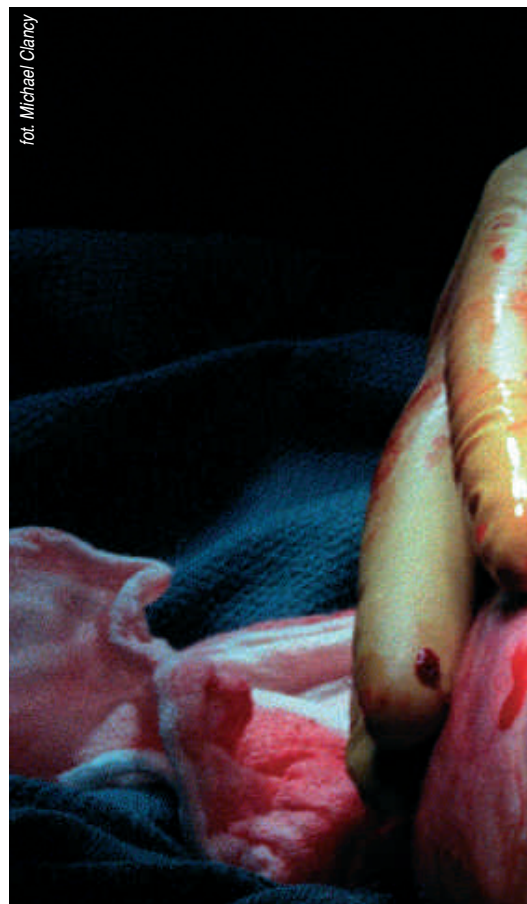
Szansa dla Samuela

Na pierwszy rzut oka zdjęcie zamieszczone poniżej może wydawać się szokujące, jeśli jednak przyjrzymy mu się dokładniej zrozumiemy, że jest piękne i przedstawia cud życia. Widzimy tu rączkę maleńkiego, nienarodzonego dziecka, Samuela Armasa, który na etapie życia płodowego przeszedł wyjątkowo skomplikowaną operację. Zabieg zakończył się powodzeniem, chłopiec urodził się 15 tygodni później.

„Ręka nadziei”

Autorem tej niezwyklej fotografii, która obiegła niemal cały świat, jest Michael Clancy. Bez trudu odnajdziemy ją w internecie, dyskutuje się o niej na rozmaitych portalach, skłania ona do refleksji, zadziwia i wzrusza. Samuel Alexander Armas, którego rączkę widzimy na zdjęciu, był dzieckiem upragnionym i oczekiwanym przez swoich rodziców, Julie i Alexandra z Atlanty (USA). Niestety podczas badań prenatalnych przeprowadzonych w 14. tygodniu ciąży okazało się, że Samuel cierpi na rozszczepienie kręgosłupa.

Jeśli rozszczepienie nie zostanie zamknięte tak, aby chronić układ nerwowy, z dużym prawdopodobieństwem dziecko narażone jest na poważne uszkodzenie mózgu i w konsekwencji nawet całkowite unieruchomienie. Rodzice dowiedzieli się, że Samuel może urodzić się z wodogłowiem, że będzie sparaliżowany. Kilka osób z ich otoczenia zasugerowało aborcję, oni jednak postanowili znaleźć jakieś rozwiązanie. Julie Armas – z zawodu położna – znalazła w internecie informacje o lekarzu, który operuje dzieci nienarodzone. Doktor Joseph Bruner i jego zespół z Centrum Medycznego przy



Uniwersytecie Vanderbilt w Nashville są pionierami w przeprowadzaniu tego typu zabiegów, które określa się czasami jako „operowanie przez dziurkę od klucza”. Pomimo, że ich metoda nie była wówczas w pełni akceptowana w niektórych fachowych pismach medycznych, rodzice Samuela postanowili podjąć ryzyko, aby uratować swoje dziecko. Chcieli wykorzystać każdą szansę, bali się, że kiedyś ich kalekie dziecko przeczyta o możliwości operowania w łonie matki i zapyta: „czemu nie daliście mi takiej możliwości”.

Godzina i trzynaście minut

Operacja odbyła się 19 VIII 1999 r, Samuel miał wówczas 21 tygodni i był 54. nie-narodzonym dzieckiem operowanym przez lekarzy z Nashville. Był jednocześnie najmłodszym pacjentem tego zespołu. Na swoim etapie życia płodowego nie miał żadnych szans na to, by przeżyć poza łonem matki. Za pomocą cesarskiego cięcia doktor Joseph Bruner wyjął macicę, położył ją na brzuchu matki i zrobił w niej niewielkie na-

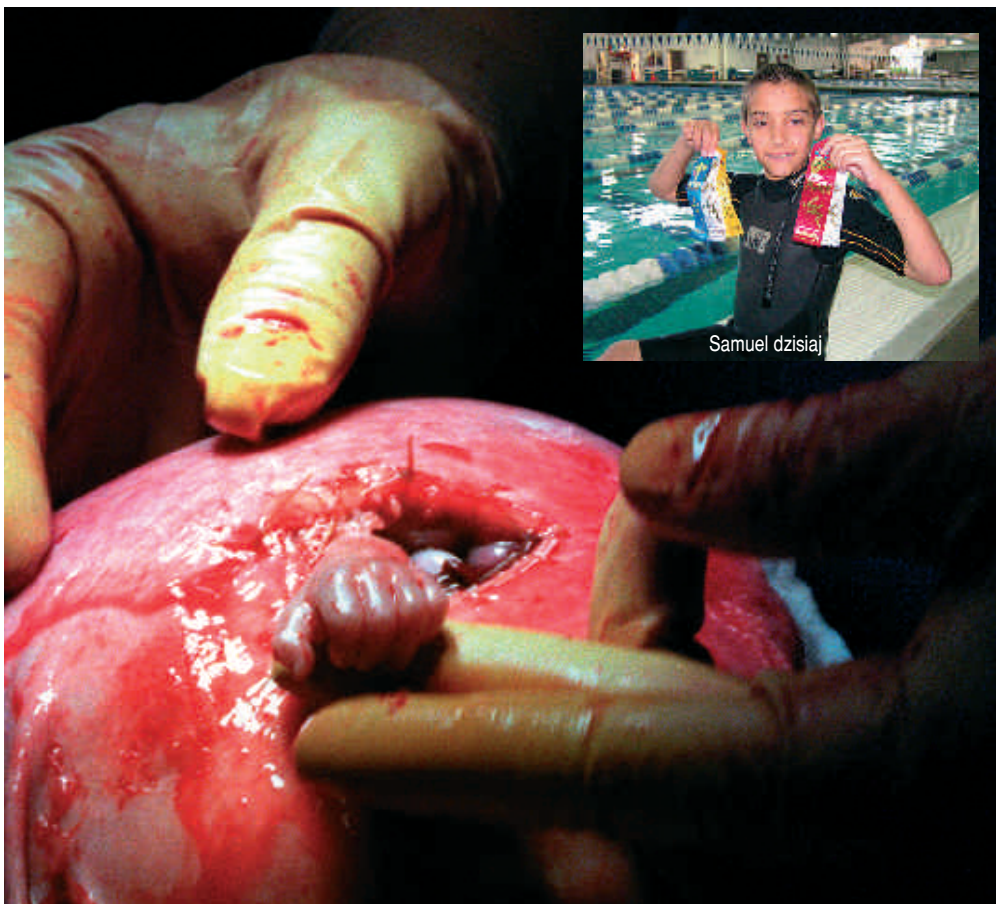
cięcie, przez które wykonywał operację. Aby zoperować tak małe dziecko, trzeba było przygotować specjalne, miniaturowe narzędzia chirurgiczne. Nici użyte do tej operacji były cieńsze od ludzkiego włosa! Gdy doktor Bruner sprawdzał głębokość nacięcia w macicy, w pełni rozwinięta mała rączka owinęła się dookoła jego palca. Właśnie ten moment udało się uchwycić fotografowi, który ze względu na wyjątkowy charakter operacji uzyskał zgodę na jej dokumentację. Lekarz i cały zespół zamarli na chwilę. Cała operacja trwała godzinę i trzynaście minut. Ta godzina i te minuty wystarczyły, aby uratować dziecko. Bez względu na to, że wszyscy wiedzieli, iż mały chłopiec, tak samo jak jego mama, był pod narkozą, że chwycenie przez niego palca lekarza było tylko odruchem, trudno nie interpretować tego gestu jako swoistego podziękowania dla lekarza za to, że postanowił ratować życie i zdrowie Samuela. Nie sposób także nie dostrzec w tym niezwykłym uścisku swoistej manifestacji życia, chęci pokazaniu światu przez małe dziecko, że jest czymś więcej niż tylko „płodem”, który można zabić. Doktor Joseph Bruner, który

do tej pory zoperował w opisany wyżej sposób około 180 dzieci twierdzi, że chwila, w której mała rączka chwyciła go za palec, była najbardziej wzruszającą w jego życiu.

Samuel dzisiaj

Dzięki wyjątkowej operacji dziesięcioletni dziś Samuel może cieszyć się życiem i w miarę normalnie funkcjonować. Musi używać ortez (aparaty ortopedyczne stabilizujące stawy zastępujące gips) a w czasie dłuższych podróży korzysta z wózka ortopedycznego. Na co dzień jednak dobrze radzi sobie z poruszaniem się, a w dodatku jego pasją jest pływanie. Wygrał nawet zawody pływackie na dystans 25 jardów! – Uwielbiam pływanie. Wymaga używania ramiion, dzięki czemu ma się świetne mięśnie – stwierdza chłopiec. Samuel zdaje sobie sprawę, jak ważne konsekwencje – nie tylko dla jego osoby – miała przeprowadzona operacja. Odczuwa dumę z tego, że jego historia i zdjęcie, które obiegło cały świat są powodem refleksji na temat ochrony życia poczętych dzieci. – To dla mnie bardzo ważne. Wiele dzieci straciłoby życie, gdyby to się nie wydarzyło – mówi Samuel. – Bóg wykorzystał to zdjęcie, by pokazać ludziom, że dziecko w łonie matki to żywy człowiek. Samuel jest szczęśliwy, że fotografia ma taką właśnie wymowę – stwierdza w wywiadzie dla FOXNews Julie Armas, matka Samuela. Koronnym przykładem potwierdzającym te słowa jest dalsza historia autora słynnego zdjęcia, Michaela Clancyego. Na skutek tego doświadczenia całkowicie zmienił on swój pogląd na zagadnienie aborcji. Wcześniej określał się jako zwolennik aborcji, obecnie jest aktywnym działaczem pro-life. – Mam zamiar opowiadać tę historię. Może ona zmienić ludzkie serca. To, co zaczęło się jako zwykłe zlecenie, przekształciło się w odpowiedzialność za przekazywanie historii ukrytej w zdjęciu – stwierdza fotograf. Zdjęcie i historia Samuela odegrały również ważną rolę w debatach dotyczących tzw. procedury aborcji przez częściowy poród, która to w USA została ostatecznie zakazana w 2000 r. W Polsce, tak jak w wielu innych krajach, stwierdzenie rozszczepu kręgosłupa może być wskazaniem do legalnej aborcji nawet do 22. tygodnia ciąży.

Magdalena Jankosz



Samuel dzisiaj

Niedopuszczalny kierunek: eugenika aborcyjna

Anglia: zabijanie nienarodzonych dzieci z „kosmetycznymi niedoskonałościami”

Na podstawie badań w jednym tylko regionie Anglii stwierdzono, że co najmniej 50 nienarodzonych dzieci zostało zabitych tylko dlatego, że posiadały genetyczne wady, takie jak tzw. zajęcza warga czy zrosnięte palce rąk bądź nóg, czyli schorzenia mogące być łatwo skorygowane. Raport opublikowany przez South West Congenital Anomaly Register ukazuje statystyki, z których wynika, że w południowej Anglii w latach 1998–2005 zabito ponad pięćdziesiąt nienarodzonych dzieci, poczętych z genetyczną wadą zrosnięcia palców nóg, szesnaścioro dzieci z polidaktylią – dodatkowym palcem, a dziesięścioro – z dodatkowym palcem nogi bądź zrosniętymi palcami nóg. W latach 1998–2005 zabito dzieci z rozszczepioną górną wargą, nawet w 34. tygodniu życia. Za: *Times*, 21.10.2007

● Rząd brytyjski próbuje ukryć statystyki dotyczące późnych aborcji dzieci z chorobami takimi jak stopa końsko-szpotała i rozszczep podniebienia, które często mogą być korygowane chirurgicznie. Ministerstwo zdrowia odmawia rządowemu komisarzowi informacji, twierdząc, że spowodowałoby to identyfikację matek i przeprowadzających aborcje. W 2002 r. dokonano aborcji na pięciorgu dzieci ze względu na to, że ich stopy były zdeformowane. Alison Davis z No Less Human, grupy SPUC ds. niepełnosprawności, powiedziała: „Jakkolwiek oburzenie z powodu późnych aborcji związanych z mniejszym upośledzeniem wydaje się uzasadnione, zaś odmowa ministerstwa zdrowia udostępnienia takich danych wydaje się nieracjonalna, argument ten prowadzi opinię publiczną do przekonania, że aborcje ze względu na mniejsze upośledzenie są najgorsze, a zdecydowanie gorsze niż aborcje ze względu na upośledzenie

uważane za poważne, takie jak zespół Downa czy rozszczep kręgosłupa. Wszystkie aborcje są niesprawiedliwe, niewłaściwe i niemożliwe do pogodzenia z wartością każdego dziecka, bez względu na jego lub jej wiek czy zdrowie. Tak samym złem jest aborcja dziecka poważnie upośledzonego, jak dziecka z mniejszym upośledzeniem. Aborcja ze względu na upośledzenie jest tak samo zła, jak z powodów społecznych”. za: *Sunday Telegraph*, 7.12.2008

USG zbyt często stwierdza wady płodu

Wartość przypisywana wykonywanej podczas położniczego badania USG ocenie tzw. przezierności karku (ang. nuchal translucency, NT) w diagnostyce zespołu Downa jest przeceniana. Według dr. Hyltona Meire’a, autora pracy opublikowanej na łamach czasopisma „Ultrasound”, traktowanie tego badania jako głównego wskaźnika wad genetycznych jest przyczyną decyzji o przerwaniu ciąży, podczas

„Z biegiem czasu i na skutek dalszego postępu w dziedzinie fetologii lista wad kwalifikujących się do interwencji wewnątrzmacicznej będzie zapewne coraz dłuższa, a operacje obciążone coraz mniejszym ryzykiem niepowodzenia. Przeprowadzane pionierskie operacje wewnątrzmaciczne płodu zapowiadają się bardzo obiecująco i w przyszłości mogą dawać nadzieję na znaczne złagodzenie objawów choroby u dzieci z wadami strukturalnymi. Niezmiernie istotne jest, że zabiegi te dają nadzieję przyszłym rodzicom na to, że ich dziecko będzie w pełni zdrowe i będą mogli w pełni cieszyć się macierzyństwem. Godząc się na zabieg mają poczucie, iż zrobili wszystko, co możliwe a lekarze wykorzystali wszystkie zdobycze medycyny by dać szansę dziecku na przyszłe normalne życie” – pisze dr Zofia Polska w „Forum Ginekologicznym”.

której rozwija się zdrowe dziecko. Według danych przedstawionych w publikacji Meire’a, z powodu wykorzystywania tego rodzaju badań w „zapobieganiu urodzeniom dzieci z wadami chromosomalnymi”, w samej Wielkiej Brytanii dochodzi do uśmiercenia 3200 zdrowych dzieci rocznie. za: PAP, 20.08.2007

Nowy lek może zredukować objawy zespołu Downa w tonie matki

Naukowcy z National Institutes of Health (USA) twierdzą, że wyprodukowali nowy zastrzyk, który może zahamować skutki zespołu Downa. Testowali ten pomysł na myszach i twierdzą, że z powodzeniem zastosowali zastrzyk z chemikaliów u nienarodzonej myszy, aby zredukować skutki zespołu Downa podczas ciąży. Dr. Catherine Spong stała na czele zespołu naukowców, który przeprowadził testy i opublikowała ich wyniki w „New Scientist”. Za: *LifeNews.com*, XII 2008

● „British Medical Journal” opublikował badania, z których wynika, że wskutek nowego programu rządowego w Danii zwiększa się odsetek dzieci abortowanych wskutek wykrycia u nich zespołu Downa. W związku z tym coraz mniej dzieci z tym zespołem przychodzi na świat – w roku 2000 przyszło 55, 2005 – 31, w 2006 – 32. Około 84% duńskich kobiet przeprowadza badania prenatalne mające na celu wykrycie zespołu Downa. W krajach zachodnich nawet do 95% nienarodzonych dzieci, u których wykryto zespół Downa jest zabijanych. za: *LifeSiteNews.com*, 1.12.2008

● Członkowie amerykańskiej rady ds. bioetyki (President’s Council on Bioethics) wyrazili zaniepokojenie trendem w rozwoju medycyny, który poprzez szeroki dostęp do badań prenatalnych jednocześnie powoduje upowszechnienie aborcji. Badania prenatalne mogą prowadzić do eugeniki aborcyjnej – stwierdzili naukowcy. za: *LifeNews.com*, 11.09.2006

● Dzieci z porażeniem mózgowym cieszą się życiem tak samo jak inne, zdrowe dzieci – wynika z brytyjskich badań, z których raport opublikowano w miesięczniku „Lancet”. Badaniami objęto 500 dzieci z porażeniem mózgowym, pochodzących z 7 krajów europejskich. Badania prowadzili naukowcy z angielskiego Newcastle University. Okazało

się, że dzieci traktują swoją niepełnosprawność jak coś w pewnym sensie naturalnego i oczywistego. Czerpią z życia jak dzieci zdrowe. Prof. Allan Colver, kierujący projektem badawczym, stwierdził, że rodzice powinni być informowani, że większość dzieci z porażeniem mózgowym czuje się tak samo szczęśliwa jak inne dzieci. (za: HLI: H. Dickinson, „The Lancet”, 30.06. 2007; vol 369: pp 2171–2178; O. Dammann, „The Lancet”, 30.06.2007; vol 369: pp 2137–2138).

Presja lekarzy

„British Medical Journal” opublikował list lekarki Josephine Treloar, która opisuje, że wykonano u niej badania prenatalne bez jej wiedzy i zgody. Lekarka nie zgodziła się na zalecaną jej przez lekarzy aborcję i urodziła syna z zespołem Downa w 2002 r. W swoim liście stwierdza, że miała odczucie, że jej niezgoda na aborcję w tej sytuacji była ciężarem dla lekarzy i że teraz widzi, jak trudno oprzeć się zaleceniom personelu medycznego, składającym kobiety do zabicia chorego dziecka. (BMJ, 28.03.1998). Tymczasem badania przeprowadzone na uniwersytecie w Leeds dowodzą, że zaledwie 32% ginekologów-położników powstrzymuje się od namawiania kobiet do podjęcia decyzji co do kontynuacji ciąży (za: *Lancet*, 5.12.1998). Z innych badań wynika, że lekarze nie udzielają kobietom, u których nienarodzonych dzieci stwierdzono występowanie syndromu Downa informacji nt. tego syndromu – zaledwie 2 na 84 lekarzy udzieliło informacji – w obu przypadkach zresztą nieadekwatnej (za: *Speak Out*, July 1997).

Operacja na sercu nienarodzonego dziecka

Oceané McKenzie została pierwszym dzieckiem w Kanadzie, które szczęśliwie przeszło ratującą życie operację serca będącą nadal w łonie matki. Eksperymentalny i ryzykowny zabieg, wykonany przez zespół lekarzy z Hospital for Sick Children i Mount Sinai Hospital, polegał na wprowadzeniu igły poprzez brzuch matki do lewej komory serca dziecka. Stamtąd lekarze wprowadzili drucik o średnicy włosa, w taki sposób, że mały cewnik w kształcie balona mógł się otworzyć i zwęzić zastawkę prowadzącą do aorty dziecka. (za: „Saturday’s Globe and Mail” 15.05. 2009)

Leczyć najwcześniej, jak się da

Opisana na poprzednich stronach operacja Samuela nie jest jedynym przypadkiem operacji dziecka przed narodzeniem. Pierwszą operację nienarodzonego dziecka przeprowadził Amerykanin Michael Harisson już w 1981 r., który uznany został za prekursora tej dziedziny medycyny. Również w Polsce mają miejsce takie operacje.

Gdańsk: W 2004 r. w Klinice Położnictwa AM w Gdańsku we współpracy z Kliniką Chirurgii Dziecięcej przeprowadzono pierwszą w naszym kraju udaną operację rozszczepionego kręgosłupa u nienarodzonego jeszcze dziecka. „Zabieg polega na zamknięciu przepukliny oponowo-rdzeniowej przy rozszczepie kręgosłupa. Ze względu na uszkadzający wpływ płynu owodniowego na tkankę nerwową, wewnątrzmaciczne zamknięcie przepukliny zwiększa szansę na lepszy rozwój neurologiczny chorego dziecka. Rzadziej istnieje także konieczność wszczepiania zastawki do mózgu z powodu wtórnego wodogłowia, które towarzyszy tej wadzie” – tłumaczył prof. Krzysztof Preis, kierownik Kliniki Położnictwa AM w Gdańsku, gdzie odbył się zabieg.

Bytom: w Oddziale Klinicznym Położnictwa i Ginekologii Śląskiej Akademii Medycznej przeprowadza się operacje dzieci przed narodzeniem – pierwsza miała miejsce w lutym 2005 roku. Była to pionierska operacja usunięcia przepukliny oponowo-rdzeniowej u siedmiomiesięcznego dziecka. „Polska medycyna nadąza za medycyną światową. Trzeba mówić o tym, że **dzieci w łonie matki**

można leczyć, że nie wszystkie wady rozwojowe są dla nich wyrokiem i przy wczesnym rozpoznaniu wielu dzieciom można pomóc” – podkreśla kierownik bytomskiej Kliniki Ginekologii i Położnictwa prof. Anita Olejek (cyt. za: *Rzeczpospolita*, luty 2005).

Łódź: Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi będzie wdrażało najnowocześniejsze metody leczenia dziecka w prenatalnej fazie jego rozwoju przy wykorzystaniu aparatury badawczej najnowszej generacji. Koordynatorem „Programu kompleksowej diagnostyki terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu” jest prof. Krzysztof Szaflik z Zakładu Ultrasonografii Ginekologiczno-Położniczej w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. „Dawniej leczylismy te wady u noworodków, a jeszcze dawniej leczyło się je u dzieci. Jeszcze mnie uczono, że dziecko, aby mogło być zakwalifikowane do zabiegu kardiochirurgicznego, musi mieć odpowiednią wagę, wzrost. Teraz okazuje się, że skoro widzimy pacjentów i znamy ich problemy medyczne przed urodzeniem, możemy ich również leczyć” – mówi prof. Maria Respondek-Liberska, współwykonawca programu.

Nadzieja dla każdego życia

W edukacji społecznej należy podkreślać niezbędność kontrolowanej i systematycznej terapii kompleksowej, która musi być prowadzona od pierwszych dni życia dziecka. Jeżeli warunki te będą spełnione, wówczas można powiedzieć z dużą pewnością, że dzięki postępowi medycyny nie ma dziś wskazań lekarskich do usunięcia ciąży z powodu choroby płodu. Ważne jest jednak stałe szkolenie terapeutów oraz udostępnienie możliwości leczenia wszystkim dzieciom i rodzinom potrzebującym pomocy. Opieka nad dzieckiem nienarodzonym a także jego rodziną – naczelne zadanie Komitetu Rozwoju Człowieka Wydziału Nauk Medycznych PAN postawione już 20 lat temu – nadal musi być ważnym celem współczesnej, humanistycznej medycyny.

prof. dr hab. n. med. Maria Rybakowa, Komitet Rozwoju Człowieka Wydziału Nauk Medycznych PAN Warszawa – Kraków

Szcześliwe narodziny

Zdarza się, że dziecko rodzi się zdrowe wbrew przewidywaniom lekarzy, którzy sugerują aborcję. Mają również miejsce narodziny dziecka, które wydawać by się mogło są niemożliwe. Mimo ogromnego rozwoju medycyny, wciąż mają miejsce sytuacje, które zaskakują lekarzy, bo konkretny przypadek rozwijał się wbrew ich rokowaniom. Warto też pamiętać, że diagnozy prenatalne są obarczone dużym ryzykiem błędu – z autopsji na zwłokach abortowanych dzieci przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii wynika, że diagnoza lekarzy co do stanu zdrowia płodu ludzkiego była prawdziwa jedynie w 39% przypadków – reszta poczętych dzieci została poddana aborcji wskutek błędnej diagnozy (badania z roku 2000 na 3000 abortowanych płodach, za: *Independent*, 23.05.2006).

● W brytyjskim szpitalu Birmingham Women's Hospital szczęśliwie urodziły się bliźnięta z ciąży jednoowodniowej jednokosmówkowej. Hannah i Sophie miały szansę na przeżycie jak 1 do 140 tys. Ciąża jednoowodniowa jednokosmówkowa jest szczególnym przypadkiem ciąży bliźniaczej jednojajowej (poniżej 2 proc. przypadków ciąży bliźniaczej). Dochodzi do niej wskutek podziału zygoty powstałej po zapłodnieniu jednej komórki jajowej jednym plemnikiem, a dzieci rozwijają się w jednym worku owodniowym i mają wspólne łożysko. Jest to ciąża obarczona największym ryzykiem. Odsetek umieralności okołoporodowej płodów i noworodków wynosi tu od 30 do 60 proc. Bardzo często występują tzw. powikłania pępowinowe, np. zapętlenie sznurów pępowinowych między sobą lub okręcenie pępowiny jednego z płodów dookoła pępowiny lub tułowia drugiego płodu. Za: BBC – 07.01.2008 r.

Matka sześcioraczków: lekarze doradzali mi aborcję

Lekarze próbowali namówić pierwszą w historii Irlandii Północnej kobietę, która urodziła sześcioraczków, do aborcji. Ursula, Austin, Shannon, Karla, Eoghan i Kerrie przyszły na świat za pomocą cesarskiego cięcia prawie 14 tygodni przed terminem. Poród przeprowadził 30-osobowy zespół lekarzy z Królewskiego Szpitala Położniczego w Belfaście. Wiedzieliśmy, czego chcemy. Te dzieci są dla nas cudownym darem od Boga. Byliśmy gotowi przyjąć, wszystko, co by nam dał – wyznała Conway, która jest głęboko wierzącą katoliczką, w rozmowie z „Sunday Express”. Za: *Rzeczpospolita*, 15.06.2009

● 1992 r. – pani Krystyna urodziła dwoje dzieci przez cięcie cesarskie. Przy trzeciej ciąży lekarze zalecali aborcję. Kobieta odmówiła. Podczas kolejnego zabiegu cesarskiego cięcia



przeszła wielką próbę – była w tak ciężkim stanie, że lekarz nie dawał jej szans przeżycia. Niespodziewanie dla wszystkich operacja zakończyła się szczęśliwie. Nie był to jednak koniec bolesnych doświadczeń. U synka, któremu nadano imię Gerard, stwierdzono paraliż prawej nóżki. Pomimo zabiegów prowadzonych przez następny rok nóżka zamierała i dziecku groziło trwale kalectwo. Matka i tym razem zawierzyła Gerarda Maryi, udając się z nim na Jasną Górę. Zapatrzona w Obraz, nieświadomie przestała podtrzymywać dziecko, które stanęło samo na obydwu nogach i zaczęło chodzić! Za: „Nasza Arka” nr 7/2001

● Jak podała agencja Associated Press, w Australii urodziło się zdrowe dziecko, mimo że przyszło na świat w następstwie ciąży pozamacicznej. Matka nie miała żadnych niepokojących objawów czy komplikacji podczas ciąży. Lekarze osłupieli, gdy dokonując cesarskiego cięcia odkryli, że dziecko nie rozwijało się w macicy. Dyrektor szpitala w mieście Darwin Robyn Cahill powiedziała: „Nazwaliśmy to cudem”. Nie podano bliższych informacji o zdarzeniu pisząc jedynie, że ta ciąża ektopowa (rozwijająca się poza jamą macicy) była ciążą pełnoterminową. Po urodzeniu dziewczynka ważyła 2,8 kg. Za: PAP 30.05.2008 r.

● Rachel Crossland, brytyjska gospodyni domowa i matka sześciorga dzieci, u której zdiagnozowano raka, odmówiła chemioterapii

i terapii naświetleniami, kiedy dowiedziała się, że jest w 13. tygodniu ciąży z bliźniętami. Bliźnięta, Poppy i Saffron, urodziły się w 32. tygodniu przez cesarskie cięcie, a chirurg usunął chirurgicznie guz Rachel Crossland jedynie w miejscowym znieczuleniu. Rachel rozpoczęła chemioterapię po urodzeniu bliźniąt.

● Dziecko, u którego w życiu płodowym zdiagnozowano wadę rozwojową mózgu, urodziło się wprawdzie w 23. tygodniu ciąży, ale zdrowe. Badania przeprowadzone po urodzeniu wykluczyły występowania wady. Po pół roku testy powtórzono – chłopczyk jest zupełnie zdrowy. Matka dziecka, Leeann Phelan z Londynu, była przez lekarzy usilnie namawiana do przerwania ciąży. Zapewniali, że jej synek cierpi na syndrom Dandiego-Walkera (schorzenie polega na niedorozwoju części mózgowia odpowiadającej za koordynację ruchów i utrzymywanie równowagi ciała). Kobieta odmówiła poddaniu się aborcji. Za: „Mail on Sunday” – 25.05.2008 r.

● Włoszka z Florencji poddała się aborcji w 22. tygodniu ciąży, bo badania USG wykazały, że dziecko, które nosi, nie ma żołądka. Badania okazały się fałszywe, co okazało się po aborcji, którą dziecko przeżyło. Dziecko byłoby całkiem zdrowe, gdyby nie próba aborcji.. Przedwcześnie urodzone, miało tylko pół kilograma. Zaczęła się walka o jego życie, niestety dziecko po kilkudziesięciu godzinach zmarło. Lekarze bronią się, że badanie USG sugerowało tylko ryzyko wady wrodzonej „płodu”, a winna jest kobieta, która podjęła decyzję o aborcji. Za: LifeNews.com, 12.03.2007

● Eloysa i Roy Vasquez z Stanford (USA) są szczęśliwymi rodzicami. Eloysa cierpi na wrodzoną łamliwość kości. Ze względu na jej chorobę jej dziecko miało wyjątkowo mało miejsca do rozwoju przed narodzeniem. Chłopiec urodził się w wyniku cesarskiego cięcia. Podobnie kanadyjska matka Stacey Herelad, cierpią-

ca na karłowatość urodziła szczęśliwie dziecko. Ze względu na jej chorobę lekarze namawiali ją na aborcję. Stacey, mając 28,5 cala wzrostu jest matką dziecka, które przy narodzinach miało 18 cali. Za: LifeNews.com, 29.02.2008

● Karen Robinson z Wielkiej Brytanii została zbadana w 19. tygodniu ciąży. Lekarze stwierdzili, że jeden z płodów ciąży bliźniaczej ma rozszczep kręgosłupa oraz cierpi na bezmózgowie. Drugi płód miał nie posiadać ważnych dla życia organów. Lekarz stwierdził, że kobieta „musi się poddać aborcji”. Karen się na nią nie zgodziła i urodziła zdrowe dziecko – okazało się, że nie była w ciąży bliźniaczej. Za: *Independent*, 23.05.1006.

● Brytyjskiemu małżeństwu, któremu doradzano aborcję, ponieważ lekarz stwierdził, że płód jest poważnie upośledzony, urodziło się całkowicie zdrowe dziecko. Podczas rutynowych badań wykonywanych w St Mary's Hospital w Manchester, rodzicom powiedziano, że ich dziecko ma poważny defekt mózgu. Ojciec wspomina: „Mówili nam, że badanie jest w 99% pewne i wiarygodne. Sprawa jest beznadziejna i rekomendują przeprowadzenie aborcji. Byliśmy zdruzgotani. Poprosiliśmy o dodatkowe badania, ale lekarz powiedział, że nie ma potrzeby, ponieważ on się nie pomylił.” Rodzice nie dali za wygraną. Postanowili, że nie podejmą żadnej decyzji do czasu powtórnych badań. Wybrali się do Royal Hallamshire Hospital w Sheffield. Tam lekarz stwierdził, że z mózgiem dziecka wszystko jest w najlepszym porządku. Za: „Manchester Evening News” – 23.06.2007 r.

● Brittany Rideout i Adamowi Bouchatowi urodziła się a córeczka, Taylor Rideout. Urodzona w Magee-Women's Hospital w Pittsbur-

gu w 26. tygodniu ciąży Taylor ważyła 12,5 uncji, czyli 350 gramów. Pani Rideout cierpi na toczeń i około szóstego tygodnia ciąży przeszła dwa udary i dwa ataki. Była przez miesiąc hospitalizowana. Następnie, dwa miesiące po tym, jak została zwolniona, zdiagnozowano u niej stan przedrzucawkowy i zespół HELLP. „Jej ciśnienie krwi było niezwykle wysokie, a jej wątroba przestawała działać” – powiedział pan Bouchat. Wobec ryzyka śmierci obojga matki i dziecka, postanowiono spowodować poród w 26. tygodniu. Według lekarza Taylor, dr Jennifer Kloesz, najmniejsze dzieci urodzone przed Taylor ważyły około 500 gramów, ale urodziły się tylko w 24. tygodniu ciąży „Powodem, dla którego tu jest, przeżyje i zostanie wypisana do domu jest fakt, że urodziła się w 26 tygodniu” powiedziała dr Kloesz. „Jej system organów rozwinął się tak jak system dziecka w 26 tygodniu i mogła przez to odpowiedzieć na reanimację”. Pani Rideout namawia rodziców borykających się z podobnymi trudnościami do tego, żeby się nie poddawali. „Powiem im” – stwierdziła – „nie rezygnujecie ze swojego dziecka, jeśli narodziło się małe albo chore. Jest Bóg na tym świecie, a jeśli coś ma być, to będzie”. Za: LifeSiteNews.com. 3.06.2009

● W Brazylii u 35-letniej Elżbiety Comparini Arcolino w trakcie ciąży doszło do poważnych powikłań. Stwierdzono m.in. uszkodzenie pępowiny, co groziło naturalnym poronieniem. Mimo to dziecko w łonie matki rozwijało się nadal. Gdy doszło do pęknięcia błon płodowych i odejścia płynu owodniowego, matkę umieszczono w szpitalu. Szczegółowe badania doprowadziły lekarzy do wniosku: dziecka nie da się uratować. Nie znano przypadku



E. Comparini Arcolino z córką

for. Archiwum

wskazującego, by dziecko mogło się rozwijać bez wód płodowych m.in. chroniących przed urazami. Istniała w dodatku groźba wywołania się infekcji w organizmie matki. W tej sytuacji uznano, że jedynym wyjściem jest aborcja. Kobieta ufając pomocy Gianni Beretty Molli stanowczo odmówiła zgody na aborcję. W szpitalu stwierdzono, że dalsze nalegania są bezcelowe, choć personel medyczny uważał upór kobiety za absurdalny. Tymczasem dziecko – wbrew przewidywaniom – żyło nadal i ciągle się rozwijało. W końcu w ósmym miesiącu ciąży, gdy dziecko osiągnęło wagę 1800 g, podjęto decyzję o wykonaniu cesarskiego cięcia. 31 maja 2000 r. na świat przyszła zdrowa dziewczynka. Za: „Nasza Arka” nr 1/2005

● Chłopiec urodzony z porażeniem mózgowym został czempionem w golfie. Lekarze powiedzieli rodzicom Brandona Craggsa, obecnie mającego lat 11, że prawdopodobnie nie będzie nigdy normalnie chodził ani uprawiał sportów. Brandon urodził się o 5 tygodni wcześniej. Za: *Daily Mail*, 5.06.2009

Jeszcze jedna Matka – Bohater

(fragment jednego z ostatnich wywiadów z Janem Nowakiem Jeziorańskim)

Swoim charakterystycznym głosem opowiadał o swej mamie. Zawsze była bardzo chorowita – stwierdził. I mówił dalej: „Pewnego roku rozpoznano u niej początki gruźlicy. A na to nałożył się fakt, że była w ciąży. Rada lekarzy orzekła, że powinno się płód usunąć, bo jeśli nawet go donosi i urodzi, to na pewno po wysiłku związanym z ciążą zapadnie na galopującą gruźlicę, a to oznaczyło niechybną śmierć. Zresztą i urodzone dziecko z pewnością będzie zarażone gruźlicą.

Moja Mama, jako osoba bardzo religijna, stwierdziła, że bardziej trzeba słuchać Pana Boga



for. Jakub Ostrowski/Fotorepa

niż ludzi i że jeśli będzie musiała umrzeć, to umrze, ale dziecka nie usunie.

Urodziłem się – stwierdził, bo o niego chodziło – a ona nie była potem nigdy chora, nawet na gripę. Dożyła 95 lat i była zawsze bardzo szczęśliwa.

Tak, to...cud narodzin” – zakończył.

Jan Nowak Jeziorański
zmarł w wieku 91 lat w 2005 r.
w Warszawie
Za: „Sprawy Rodziny”, nr 69/1/2005

Gwałt, aborcja – dramat w dwóch odstępach

Ciało, miłość, uprzedmiotowienie, gwałt...śmierć. W tle: cierpienie, ból, samotność, brak poczucia sensu, beznadzieja, rozpacz... Piszę o Osobie cierpiącej, zranionej, wykorzystanej przez silniejszego. O Osobie słabej – kobiecie słabej, która doświadczyła w swym życiu wielu zranień. Oto znowu jest tą, która nie ma „wyjścia”, której daje się prawo do takiego „rozwiązania” problemu, gdzie zabicie własnego dziecka „załatwi” krzywdę, ukoji zranienia. Piszę o Osobie bezbronnej, mogącej żyć dzięki miłości matki, która zdecyduje się na urodzenie mimo cierpienia i doznanej krzywdy.

Dramat gwałtu

Przemoc seksualna, a do takiej należy gwałt, to najgorsza forma przemocy. Gwałci nie tylko nasze ciało, ale i psychikę, a skutki są często nieodwracalne. Gwałt pozostawia w psychice młodej kobiety trwałe ślady, które bardzo często rzutują na jej dalszym życiu. Otwarta na ludzi dziewczyna, po takim przeżyciu, może nagle stać się załężniona, a kontakty z innymi ludźmi ograniczać do minimum, towarzyszące jej poczucie wstydu i winy może być tak silne, że pojawią się nawet myśli samobójcze.

Literatura przedmiotu definiuje gwałt jako groźbę, siłę fizyczną lub zastraszanie w celu uzyskania seksualnej relacji z drugą osobą wbrew jej woli. Intencją gwałtu jest upokorzenie i zdegradowanie ofiary przez użycie seksu jako narzędzia dla wyrażenia przemocy, siły i agresji.

Seksuologowie twierdzą zgodnie, że „zasadniczym celem gwałciiciela nie jest zaspokojenie popędu płciowego, lecz ujarzmienie swej ofiary. [...] Chociaż typowy sprawca zgwałcenia nie dostrzega w ofierze osoby, cel jego czynu nie odbiega tak całkowicie od tego, co nazywamy zachowaniem seksualnym; stanowi on odpersonifikowany, zniekształcony obraz seksualnego złączenia się. Natomiast u gwałciocieli-sadystów spotykamy się z aberracją celu seksualnego w kierunku fizycznego maltretowania i zabijania”¹.

Przemoc seksualna może być uwarunkowana czynnikami biologicznymi i socjologicznymi, psychologicznymi, społecznymi i kulturowymi, najczęściej zaś występuje jako rezultat zsumowania kilku tych czynników.

Gwałt jednak ma ściślejszy niż inne rodzaje agresji tego typu związek z określonymi wzorcami kulturowymi.

Gwałt – z prawnego punktu widzenia – oznacza kontakt seksualny wbrew woli drugiej osoby. Dotyczy to również relacji między małżonkami. Obecnie coraz więcej uwagi poświęca się zjawisku gwałcenia żon. Z danych USA wynika, że takie doświadczenia miało 15 proc. ogółu żon.

Gwałt jest sytuacją traumatyczną, sytuacją silnego stresu. Koncepcja stresu psychologicznego została wypracowana przez Lazarusa i Folkmana, którzy definiują stres jako: „Relacje zachodzące między jednostką a otoczeniem, która to relacja oceniana jest przez jednostkę jako wymagająca wysiłku, lub przekraczająca jej zasoby i jako zagrażająca dobremu samopoczuciu”². Sytuacji stresowej towarzyszy pobudzenie emocjonalne o dużym nasileniu. Powstaje stan chronicznego napięcia emocjonalnego o zabarwieniu negatywnym (przykrym), którego przejawem jest brak równowagi emocjonalnej². Emocjami dominującymi stają się lęk i depresja.

Reakcja na gwałt

Istnieje wiele typologii reakcji ofiar na gwałt. Najbardziej popularny jest trójfazowy model reakcji na sytuację gwałtu. Bezpośrednio po ataku występuje pierwsza ostra faza – szoku i odrętwienia. Może ona trwać od kilku godzin do dwóch tygodni. Ofiara gwałtu jest przerażona, nie może uwierzyć w to, co się stało, odczuwa strach przed sprawcą. Zazwyczaj boi się zwierzyć komuś bliskiemu, gdyż

obawia się reakcji ze strony otoczenia. Obawia się słów typu: sama sobie jesteś winna, mogłaś nie prowokować, mogłaś tam nie iść itp. A często sama pokrzywdzona obwinia się za zaistniałą sytuację (mogłam to przewidzieć, jak mogłam być taka naiwna, do niczego się nie nadaję itp.). W tej fazie ofiary zmagają się z poczuciem własnej bezradności, winy, lęku, odczuwają wstyd, głębokie upokorzenie.

Niektóre kobiety w tym okresie są nienaturalnie spokojne lub wręcz beztroskie. Zachowują się tak, jakby nic się nie stało. Bliskie osoby mogą być zaskoczone taką reakcją, mogą nawet podejrzewać, że widocznie dla ofiary było to przyjemne albo mało znaczące doświadczenie. Nie wiedzą, że zaprzeczanie



czy minimalizowanie to mechanizmy obronne, które chronią człowieka przed konsekwencjami bolesnych wydarzeń.

Gdy ofiara upora się z bezpośrednimi następstwami gwałtu, następuje faza druga – dezorientacji. W tym okresie mogą pojawić się stany lękowe, depresyjne, narasta niepewność, następuje zachwianie dotychczasowego porządku życia. Pojawiają się pytania: Co dalej, jak żyć z czymś takim, czy można zaufać drugiemu człowiekowi? Ofiary zaczynają unikać kontaktów z ludźmi, izolują się, zamykają w sobie. Próbuje zapomnieć, wymazać wspomnienia związane z gwałtem. Faza ta może trwać całymi miesiącami – charakteryzuje ją zwiększenie ryzyka samobójstwa, nadużywanie alkoholu albo leków.

Kolejna faza – reorganizacji, czyli stopniowego powrotu do równowagi, może trwać nawet latami. Ofiara próbuje powrócić do swojego normalnego rytmu życia. Gwałt zaczyna postrzegać jako incydent należący do przeszłości. Powracają plany, marzenia o bliskości drugiego człowieka, pomimo nieufności do mężczyzn, która zazwyczaj pozostaje na stałe.

Reakcja najbliższej rodziny na gwałt ma istotny wpływ na to, jak ofiara poradzi sobie z zaistniałą sytuacją. Rodzina osoby zgwałconej najczęściej jest wstrząśnięta. Nie potrafi poradzić sobie ze swoją złością, bólem i frustracją. Nie wie, jak pomóc, jak rozmawiać z ofiarą, odczuwa skrępowanie, wstyd i obawę przed poruszeniem bolesnego tematu. Może się zdarzyć, że rodzice czy partner obwiniają się, iż nie zapobiegli tragedii, albo też

Jesteśmy wykorzystywane w ofensywie proaborcyjnej

„Ja, która przeżyłam gwałt i wychowuję dziecko poczęte w wyniku gwałtu, czuję się osobiście atakowana i obrażana za każdym razem gdy słyszę, że aborcja powinna być legalna ze względu na przypadki gwałtu i kazirodztwa. Czuję, że jesteśmy wykorzystywane w ofensywie proaborcyjnej, choć nikt nawet nie poprosił nas o opowiedzenie swojej części historii” (Kathleen DeZeeuw, ofiara gwałtu, matka).

Megan Barnett, matka dziecka poczętego w wyniku gwałtu, której historię w 2006 roku opisała gazeta „Dakota Voice”, udziela następującej rady: „Najważniejsze jest, byś nie rozmyślała o wszystkich faktach i sprawach prawnych, lecz myślała o tym, że twoje dziecko niczym się nie różni od dziecka nie poczętego podczas gwałtu”.

„Aborcja nie pomaga w rozwiązaniu problemu kobiety zgwałconej. Tylko go powiększa i powoduje kolejną traumę już cierpiącej ofiary przestępstwa. Odbiera jedyną rzecz, która może przynieść radość” – mówi Helen Evans, która zaszła w ciążę w wyniku gwałtu.

obwiniają samą poszkodowaną (Gdybyś tam nie szła, gdybyś nas słuchała itp.). Czasami rodzina nie przyjmuje, wręcz zaprzecza faktowi zgwałcenia. Powoduje to zwiększenie poczucia izolacji i zagubienia ofiary.

Pomoc ofierze

Według dr Kluczyńskiej³ najważniejsze jest doprowadzenie ofiary do stanu funkcjonowania sprzed traumatycznego wydarzenia, przywrócenia jej wiary w siebie i pozytywnej samooceny. Bardzo ważne jest nawiązanie dobrej i budującej relacji tak, by ofiara bez obaw mogła podzielić się swoimi traumatycznymi przeżyciami. Warto zachęcać kobietę do mówienia o tym, co się stało, do zajmowania się sobą, do odpoczynku, do szukania ludzi i miejsc, w których czuje się bezpiecznie. Warto, by kobieta pozwoliła sobie na specjalne traktowanie, by robiła rzeczy, które poprawiają jej samopoczucie, np. kąpiel, oglądanie telewizji, czytanie, zakupy, spotkanie z przyjaciółką itd.

Ofiary gwałtu mogą nie rozumieć swoich reakcji na rzeczywistość „po gwałcie” np. powracających wspomnień, nagłego uczucia rozbicia, odrętwienia. Warto wyjaśniać kobiecie, że jej reakcje są normalne. Mówiąc wprost: każdy, komu stała się krzywda, ma prawo się bać i być przynęcionym. To normalne w tej sytuacji. Trzeba też dodawać zgwałconej kobiecie odwagi. Odwagi do życia po gwałcie. Ofiary przemocy zazwyczaj próbują ucieczki od krzywdy. Próbuje odciąć się od uczuć, wspomnień, rozmów związanych z tym zdarzeniem. Rola bliskich, przyjaciół, psychoterapeutów, jest trudna. Muszą pomóc ofierze żyć tak, jakby nic się nie stało, jedno-

cześnie pamiętając, że coś się stało. To bardzo trudne.⁴

Zespół stresu pourazowego

Z badań wynika, że 80% ofiar gwałtu cierpi na zespół stresu pourazowego (post-traumatic stress disorder – PTSD). Najistotniejszą cechą tego zespołu jest pojawienie się charakterystycznych objawów w następstwie obciążającego psychicznie wydarzenia, które amerykańska klasyfikacja DSM-III-R określa jako „wykraczające poza zakres zwykłych ludzkich doświadczeń”. Charakterystyczne objawy PTSD to:

1. Powtórne przeżywanie stresującego wydarzenia
 - natarczywe wspomnienia,
 - powracające koszmarne sny o wydarzeniu,
 - nagle uczucie, jakby wydarzenie znów miało miejsce,
 - silne napięcie wywołane każdym wspomnieniem o wydarzeniu czy też przedmiotem, który się z tą rzeczą kojarzy.
2. Uporczywe unikanie bodźców związanych z wydarzeniem lub ogólna utrata wrażliwości na bodźce
 - unikanie myśli lub uczuć związanych z gwałtem,
 - unikanie działań lub sytuacji, które mogłyby wywołać dramatyczne wspomnienie,
 - niepamięć wydarzenia,
 - utrata zainteresowań ważnymi czynnościami, np. pracą, szkołą,
 - uczucie obojętności lub chłodu,
 - poczucie braku perspektyw na przyszłość.

foto: www.sxc.hu

3. Utrzymujące się objawy zwiększonego pobudzenia

- trudności z zasypianiem lub snem,
- drażliwość lub wybuchy gniewu,
- trudności w koncentrowaniu się,
- nadmierna czujność,
- przesadne reakcje na bodźce.

O PTSD można mówić, gdy powyższe objawy trwają przynajmniej jeden miesiąc. Traktuje się je jako normalny adaptacyjny proces reakcji na nienormalną sytuację.

Terapia PTSD powinna być krótkotrwała, skoncentrowana na traumatycznej sytuacji i reakcjach kobiety na gwałt. Zasadniczym celem terapii jest doprowadzenie ofiary do stanu funkcjonowania sprzed traumatycznego wydarzenia. Ważny element procesu zdrowienia i terapii ofiar gwałtu stanowi odbudowa pozytywnego obrazu siebie oraz odzyskanie poczucia kontroli i własnej skuteczności. Wpływa to na zmniejszenie poczucia bezradności i sprzyja przekonaniu, że ma się kontrolę nad tym, co się dzieje – przeświadczenie takie daje poczucie większego bezpieczeństwa. Kobieta ma szansę wtedy kierować swoimi decyzjami.

Dramat aborcji

Każda frustracja prowadzi do agresji. Analiza problemu aborcji ujawnia, że taka dramatyczna decyzja zamachu na życie dziecka jest skutkiem frustracji.⁵

Każde doświadczenie straty dziecka związane jest z bólem i żalem. Szczególnie bolesna i trudna do odwołania jest strata, do której matka sama się przyczyniła. Zwłaszcza śmierć dziecka spowodowana przez aborcję powoduje skomplikowane przeżywanie żalu. Macierzyństwo jako szczególne doświadczenie związania fizjologicznego, psychologicznego i duchowego matki z dzieckiem nie kończy się w takiej sytuacji porodem, czyli nie dochodzi do rozwiązania, jak często określa się to wydarzenie. Zranione śmiercią macierzyństwo jest dramatem braku naturalnego, dobrego rozwiązania więzi matki z dzieckiem; dramatem, o którym nie mówi się głośno i którego zasadniczo „oficjalnie” się nie leczy. Leczone są natomiast inne objawy, które występują u kobiety czasem długo po tzw. zabiegu.⁶

Dramat aborcji wiąże się też z doświadczeniem głębokiego procesu dehumanizacji, to jest odczłowieczenia: utraty zdolności do wrażliwego odczuwania, jasnego myślenia i ludzkiego reagowania. Podejmując decyzję o unicestwieniu

„Czujemy ogromną presję”

7 września 2006 roku w Springfield, w USA, odbyła się konferencja poświęcona problematyce zgwałconych kobiet, które spodziewają się dziecka. Uczestnicy stwierdzili, że aborcja pomnaża problemy zgwałconych kobiet, zamiast je rozwiązywać. Wspólnie wystosowali petycję do Kongresu i do władz stanowych, w której proszą o możliwość publicznej debaty. Uważają, że wielkim społecznym nieporozumieniem jest utrzymywanie przeświadczenia, że zgwałcone kobiety chętnie korzystają z aborcji i że przynosi im ona korzyści. W rzeczywistości bardzo często nie chcą one usuwać ciąży, nie chcą narażać swojego dziecka na przemoc i okrucieństwo, jakiego same doświadczyły. „W wielu przypadkach czujemy ogromną presję: społeczeństwo, rodzina, lekarze żądają od nas, abyśmy usunęły ciążę” – piszą zgwałcone kobiety – „Ludzie, którzy nie wiedzą, czym jest gwałt, wmawiają nam, że aborcja to najlepsze rozwiązanie. Tymczasem dla wielu z nas aborcja to kolejne fizyczne i psychiczne cierpienia porównywalne z tymi, jakich doświadczyliśmy podczas gwałtu. Zamiast pomocy, leczenia, otrzymujemy kolejną traumę” – piszą. Oczywiście naiwnością byłoby twierdzić, że żadna zgwałcona nie chce usunąć swojego dziecka, takie myśli pojawiają się na pewno często. (MJ)

dziecka, trzeba najpierw stłumić własne uczucia i naturalne, spontaniczne, macierzyńskie sposoby reagowania oraz myślenia. Następnie trzeba odczłowieczyć dziecko, które chce się zniszczyć. Ból aborcji jednak wstrząsa matką i przywraca ją do rzeczywistości. Nie da się ukryć tego, co się stało. W trakcie procedury aborcyjnej występuje wyostrowiona świadomość rejestrująca wszystkie szczegóły. Po tej fazie następuje okres, w którym wszystkie osoby uczestniczące w aborcji prawie nic nie czują. Pojawia się ośpienie emocjonalne. Kobieta ma wrażenie przytłoczenia. Po okresie „zamrożenia emocjonalnego” osoby uwikłane w aborcję podejmują mozolne wysiłki zrekonstruowania swego życia. W tym czasie głównymi mechanizmami obronnymi są zaprzeczanie, racjonalizacja i wypieranie. Często usiłują zajmować swoją uwagę nadmierną aktywnością w jakiejś dziedzinie lub ciężką pracą. Gdy mechanizmy obronne przestają funkcjonować wtedy kobiety mogą popaść w depresję, apatię, choroby, bezsenność, mogą przeżywać koszmary senne, tracić apetyt lub nadmiernie się objadać, może nastąpić rozregulowanie biorytmów, niekontrolowany płacz, huśtawka nastrojów, rozdrażnienie, napady złości. Często występują objawy psychosomatyczne. Mogą również doświadczać psychicznego rozbicia, które wyraża się w ubogich relacjach z innymi, wycofaniu społecznym lub nadużywaniu alkoholu lub innych środków chemicznych zmieniających nastrojów. Niektóre kobiety stają się bardzo podejrzliwe, urojeniowe, aż do granicy psychotycznego załamania. Można określić, że tracą spokój ducha⁷.

Psycholog Andrzej Winkler twierdzi, że kobieta, która decyduje się na taki zabieg, musi mieć wystarczający poziom autoagresji: żeby skrzywdzić siebie i swoje nienarodzone dziecko. A ta przecież nie bierze się znikąd. Według niego przyczyn takich zachowań należy szukać „w domu rodzinnym, w przemoc, w zaniedbaniu, emocjonalnym chłdzie”. Okazuje się, że smutek i przygnębienie po aborcji „odczuwają niemal wszystkie” kobiety. Dla 80% z nich zabieg ten jest „większą traumą, niż przypuszczają”.

Dramat kobiety dokonującej aborcji w wyniku gwałtu

Trudno oszacować, ile kobiet zachodzi w ciążę w wyniku gwałtu. Wiadomo natomiast, że mniej niż 1% wszystkich aborcji jest końcowym rezultatem gwałtu. Bywa również tak, że samo ciało kobiety próbuje zablokować się przed zajściem w ciążę. Niewątpliwie dla wielu kobiet zgwałconych, przeżywających ból związany z traumatycznym przeżyciem, będących w fazie szoku, odrętwienia, dezorientacji, informacja o byciu w ciąży może być kolejnym szokiem, stresem, traumą. Tak silna destabilizacja na poziomie emocjonalnym może zdecydowanie opóźnić przejście do fazy reorganizacji. Jak bowiem powrócić do funkcjonowania z poziomu sprzed gwałtu, kiedy w łonie rozwija się nowy człowiek, a sam ten fakt nowego życia sprawia, że już nigdy świat kobiety nie będzie taki sam jak przed dramatycznym doświadczeniem. Rzeczywiście taki sam nie będzie, ale reorganiza-

cja jest możliwa, a stabilizacja emocjonalna, odbudowanie poczucia własnej wartości i bezpieczeństwa mogą mieć miejsce mimo faktu poczęcia się w wyniku gwałtu nowego życia i to bez dokonywania aborcji. Warto bowiem zwrócić uwagę także na to, że

kobieta po gwałcie – jak opisano to wcześniej – bez odpowiedniej ilości czasu i wsparcia (rodzinnego, ale i wielokrotnie specjalistycznego) nie jest zdolna do podejmowania życiowych decyzji – przemyślanych, z uwzględnieniem wszystkich racjonalnych argumentów, a także zysków i strat z tej decyzji wynikających. Przy funkcjonowaniu w fazie wysokiego stresu pole racjonalnego myślenia i działania jest ograniczone. Decyzja o dokonaniu aborcji i sam „zabieg” mogą być szybkie, ale czy podjęte rzeczywiście odpowiedzialnie?

Skutki zaś aborcji stają się kolejną traumą, którą trzeba przeżyć, z którą trzeba się zmierzyć, (bywa, że dopiero kilka, kilkanaście lub kilkadziesiąt lat po gwałcie i aborcji) – jeśli dąży się do optymalnego funkcjonowania psychospołecznego i duchowego. Stwarzanie więc kobiecie pozornych rozwiązań w postaci dopuszczalności aborcji po gwałcie jest pogłębianiem jej dramatu, a nie wsparciem i rozwiązaniem jej problemu.

Nie można, ale i nie da się spowodować, aby wszystkie wspomnienia tego okropnego aktu zostały oczyszczone przez śmierć dziecka, które jest niewinnym „produktem” tej sytuacji. Obiektywnie dziecko nie jest winne tej sytuacji, mimo iż takie przeniesienie może w matce zaistnieć. Prawo jednak w takich sytuacjach powinno uwzględniać obiektywną rzeczywistość, nie zaś kierować się pozornym dobrem związanym z emocjami (choć bardzo tu ważnymi do zaopiekowania w systemie pomocy osobom zgwałconym). **Aborcja nawet w przypadku gwałtu jest złym wyjściem.**

Z doświadczenia terapii

W swojej pracy terapeutycznej dane mi było spotkać kobietę, która jako młoda dziewczyna, panna, została brutalnie zgwałcona. Obwiniła za to siebie, chociaż obiektywnie nie było w tym żadnej jej winy. Nie powiedzia-



foto: www.sxc.hu

Decyzja otoczenia, a nie samej kobiety

Według badań Elliot Institute 64 proc. wszystkich aborcji dokonywane jest nie z wyboru kobiety lecz pod wpływem presji: rodziców, konkubenta, męża, przyjaciół, pracodawców, pracowników opieki społecznej itd. Ofiary gwałtu potrzebują terapii psychologicznej. Potrzebują, by ktoś je wysłuchał, zrozumiał, wsparł i pomógł pokochać dziecko, które poczęło się w tragicznych okolicznościach, ale samo niewinne. Potrzebne jest także też wsparcie materialne, a czasem (jak w przypadku kazirodztwa) zapewnienie zmiany środowiska. Kobieta w takiej potrzebuje realnej pomocy, a nie namawiania do aborcji, bo jest to kolejny akt agresji w postaci zabicia jej dziecka, który pogłębia jej traumę.

ła o tym nikomu... W samotności przeżywała dramat pogwałcenia godności. Obawiała się najbardziej tego, że może być w ciąży. Jej obawy się potwierdziły. Znowu dramat: co powiedzą rodzice, na pewno ją odrzucą, jakie będzie jej życie. Nie zdecydowała się na aborcję ze względów religijnych, ale miała nadzieję, że nie donosi ciąży. Urodziła córeczkę. Kolejne obawy: nie jestem w stanie jej pokochać, nie jestem dobrą matką, nie mogę być dobrą matką. Potem życie także jej nie oszczędzało. Chciała stworzyć „prawdziwą, pełną rodzinę” dla swej córki, córki coraz bardziej akceptowanej i kochanej. Związała się z mężczyzną, zaszła w ciążę – nieplanowaną. Ojciec poczętego dziecka widział tylko jedno rozwiązanie: aborcję. Ona zgodziła się na zabieg. Po kilku miesiącach mężczyzna opuścił ją i córeczkę.

Nasiliły się jej problemy: depresja, myśli samobójcze, alienacja. W trakcie terapii w psychodramatycznej konfrontacji ze sprawcą gwałtu ona, ku zaskoczeniu wszystkich, podziękowała jemu za to, że „dał” jej dziecko, że dał Kogoś-Kogo może kochać i kto ją prawdziwie kocha. O wiele trudniej było jej poradzić sobie z aborcją, której dokonała.

To aborcja drugiego jej dziecka (nie gwałt i urodzenie pierwszego dziecka) była przyczyną jej załamania i problemów, z jakimi się borykała. Się do pokonywania tych problemów czerpała z miłości córki. To córka zachęciła ją do leczenia i podtrzymywała na duchu.

Gdy następstwem gwałtu jest poczęcie dziecka, to jego życie musi być od samego początku otoczone troską i szacunkiem. Przerwanie ciąży byłoby bezpośrednim atakiem na życie dziecka, pogwałceniem jego podstawowego prawa. Poczęte wbrew woli matki dziecko, choćby nie miało stanowić źródła radości, nie musi też stanowić powodu do lęku. Powinno być przyjęte po urodzeniu z macierzyńską miłością, a może i rodzinną miłością, gdy zgwałconą została mężatka. Do takiej miłości ma ono uzasadnione prawo. Jednakże jest moralnie dopuszczalne, aby dziecko takie zostało po urodzeniu oddane komu innemu⁸.

Wielu ludzi twierdzi, że kobiety, które zaszły w ciążę w wyniku gwałtu powinny mieć prawo do aborcji, gdyż nie będą w stanie pokochać swojego dziecka. Może i nie będą, nie można tego jednoznacznie ocenić. Kobieta, jeśli naprawdę uzna, że nie jest w stanie pokochać urodzonego dziecka, może je przecież zawsze oddać małżeństwu, które nie może mieć własnych dzieci. Dziecko poczęte w wyniku gwałtu ma szansę i prawo do szczęśliwego życia.

Podsumowanie

Złość skierowana przeciwko sobie samemu lub innym ludziom jest niemal zawsze centralnym problemem tych, którzy doświadczyli przemocy.⁹ Do przymusu powtarzania traumy oraz odtwarzania wcześniejszych urazowych doświadczeń dochodzi wtedy, kiedy ich wewnętrzne i zewnętrzne zasoby nie są wystarczające, by poradzić sobie z zagrożeniem. Ofiary przemocy mogą odpowiadać na bodziec z terażniejszości jako na wyzwalacz traumy z przeszłości nawet nie zdając sobie z tego sprawy.^{10,11,12} Nadmierne pobudzenie przeszkadza im w racjonalnej ocenie faktów i zapobieganiu następnym aktów przemocy. Paradoksalnie nowy rodzaj bodźca pod wpływem stresu może zostać odrzucony i osoby wcześniej naznaczone już traumą będą wybierać znane im schematy, nawet jeżeli zwiane jest to z cierpieniem.^{7, 13}

Maria Jakimiuk

– psycholog, ukończyła studium psychoterapii Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich. Pracuje w Katolickim Telefonie Zaufania w Siedlcach, współpracuje z Wydziałem Duszpasterstwa Rodzin Kurii w Siedlcach.

Refleksja nad zagadnieniem aborcji, która jest prawnie dopuszczona wtedy, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego pociągającego wiele kontrowersji i argumentów przeciw takiemu rozwiązaniu. Oto one:

1. Istotne jest rozdzielenie dwóch sytuacji – gwałtu i poczęcia.
2. Gwałt jest przestępstwem i wynika z niedojrzałości i nieodpowiedzialności mężczyzny (bywa czasem także i kobiety)
3. Kobieta, która zachodzi w ciążę w wyniku gwałtu może nasilać fałszywe przekonanie (przeniesieniowe), że to dziecko było sprawcą i pozbycie się go (bo prawo na to pozwala) przyniesie magicznie poprawę jej stanu i wróci życie z przed gwałtu.
4. Aborcja jest ucieczką dla tych, których słabości prowadzą do seksualnej dewiacji i ewentualnie do niechcianej ciąży. Karę powinien ponosić sprawca, a nie matka i dziecko.
5. Aborcja jest proponowanym, szybkim rozwiązaniem, załatwieniem „problemu” gwałtu, który jednak nic nie rozwiązuje, jest „pseudopomocą”.
6. Dokonująca aborcji kobieta staje się z ofiary sprawcą przemocy, co może tylko w konsekwencji wzmacniać jej poczucie winy i mniejszej wartości.
7. Aborcja w gruncie rzeczy jest karą dla dziecka (śmierć) i karą dla matki (konsekwencje medyczne i psychiczne; bezpośrednio i odległe w czasie)
8. Dziecko poczęte w wyniku dokonania gwałtu na kobiecie na pewno nie jest winne. Natomiast przerwana w tym wypadku ciąża może spowodować jeszcze większy uraz u kobiety.
9. Dziecko chociaż niechciane, pozostaje wciąż dzieckiem swojej matki, oddzielną Osobą.
10. Osoba, która znalazła się w sytuacji ciąży wynikającej z gwałtu potrzebuje wielkiego wsparcia ze strony społeczeństwa- rodziny, znajomych, profesjonalnej pomocy psychologicznej. Celem tej pomocy jest przewrócenie kobiecie poczucia godności i wartości.
11. Matka przy wsparciu jest w stanie urodzić i wychować dziecko z miłością.
12. Odpowiadanie złem na zło rodzi patologię. Jeżeli na zło (gwałt) odpowiada się złem (aborcja) to niczego się nie ulepsza, nie poprawia, nie rozwiązuje. Wydaje się jednak, że potęgowanie jeszcze większego zła, (bo to, że gwałt jest wielką krzywdą, nie ma wątpliwości), ale dorzucanie do tego kolejnego jeszcze gorszego czynu, jakim jest zabicie własnego dziecka, tak naprawdę też osoby skrzywdzonej, jak ta kobieta, jest jeszcze większym psychicznym obciążeniem dla niej.
13. Urodzenie przez kobietę dziecka, które zostało poczęte w wyniku gwałtu może stać się dla kobiety okazją do przzerwania pasma przemocy i agresji, której ona była ofiarą. Nowy Człowiek może stać się nadzieją na rozpoczęcie Nowego Życia, szansą na jej dojrzewanie i rozwój.

Maria Jakimiuk

Literatura:

1. K. Boczkowski, *Płec człowieka*, PZWL, Warszawa 1987; s. 92, 94,
2. Oleś P., *Zagadnienia stresu, kryzysu i radzenia sobie*, *Roczniki Filozoficzne*, (1993); T. XII z. 4 s. 3-5
3. Kluczyńska, S., *Psychologiczne konsekwencje gwałtu*, „Niebieska Linia”, 2007; 1/S/, 15-17
4. Enright RD. *Forgiveness as a choice*, APA Books, Washington 2001
5. Meissner K. *Płciowość i czystość*, Jerozolima, Poznań 2004
6. Winkler A., *Cierpienie – trudny nauczyciel*, w: *Wobec cierpienia*, red. Jaworski R., Rusak A., Simon W., Płocki Instytut Wydawniczy, Płock 2004; s. 61
7. Winkler A. *Zablokowany żal*, „Służba Życiu. Zeszyty Problemowe”, 1999/04
8. Olejnik S. *Dar – Wezwanie – Odpowiedź. Teologia moralna*, t. 7, *Moralność życia społecznego*, Warszawa 1993
9. Simon W., *Cierpienie sprawców przemocy*, w: *Wobec cierpienia*, red. Jaworski R., Rusak A., Simon W., Płocki Instytut Wydawniczy, Płock 2004
10. Bentovim A. *Preventing sexually abused young people from becoming abusers and treating the victimization experiences of young people who offend sexually*, „Child Abuse and Neglect” (2002); 26: 661-78
11. Glasser M., Kolvin L., Campbell D., Glasser A., Leitch I., Farrelly S., *Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator*, „British Journal of Psychiatry” 2001; 179: 482: 94
12. Madanes C., *Seks, miłość, przemoc. Psychoterapia sprawców i ofiar*, GWP, Gdańsk 1999
13. Gabbard GO., *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practise*, American Psychiatric Press, New York 2000

W Polsce „dopuszczona” jest aborcja (w ustawie chroniącej życie z 7 I 1993 r.) w przypadku, gdy istnieje „uzasadnione podejrzenie”, że ciąża powstała w wyniku przestępstwa. Podkreślmy, że wystarczy samo „podejrzenie”, nie zaś werdykt sądu. Argumentacja przeciwko takiemu rozwiązaniu prawnemu jest następująca: niewinne dziecko nie może ponosić kary za przestępstwo swojego ojca. Należy podkreślić, że kobieta-ofiara przestępstwa może oddać dziecko do adopcji, na którą oczekują liczni rodzice adopcyjni, którzy są zdecydowani poświęcić swoje życie adopcji dzieci. Kobięcie – ofierze gwałtu należy zapewnić właściwą pomoc medyczną, psychologiczną i prawną.

Prawdziwa historia Jane Roe

W 1970 r. Norma McCorvey była w ciąży z trzecim dzieckiem. Poprzednie dzieci oddała do adopcji. Teraz chciała dokonać aborcji. Skontaktowała się z młodymi, ambitnymi prawniczkami. Linda Coffee i Sarah Weddington staraly się wtedy zmienić prawo stanowe Teksasu w kierunku legalizacji aborcji. Argumentem, który miał im pomóc w uzyskaniu zgody na aborcję przez ich klientkę było twierdzenie Normy McCorvey, że została zgwałcona. Sprawa przeciągała się, „Jane Roe” (taki pseudonim Normy przyjął się na użytek procesu) urodziła dziecko i oddała je do adopcji. Wyrok Sądu Najwyższego z 1973 r. zalegalizował aborcję nie tylko w Teksasie, ale w całym kraju – nawet do 9. miesiąca od poczęcia.

Po latach Norma McCorvey przyznała się, że kłamała, a jej dziecko nie zostało poczęte w wyniku gwałtu. Twierdzi, że została zmanipulowana i wykorzystana przez prawniczki.

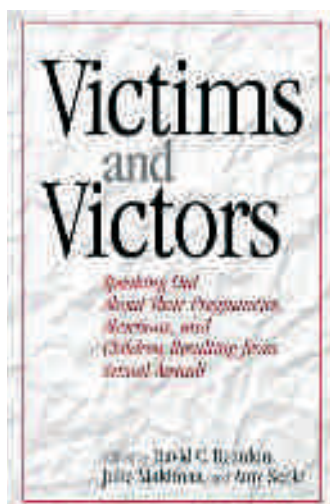
Norma dwa razy próbowała popełnić samobójstwo. Kobieta, której sprawa doprowadziła do legalizacji aborcji, nie tylko sama nigdy jej nie dokonała, ale też jest obecnie aktywnym obrońcą życia człowieka. Od lat walczy o rewizję nadzwyczajną orzeczenia Sądu Najwyższego. W 2005 r. jej apelacja została odrzucona.

Badania: aborcja potęguje cierpienie matki-ofiary przestępstwa

Kobiety-ofiary gwałtu, które zdecydowały się na aborcję mają dwukrotnie większe poczucie krzywdy oraz żalują, że jej dokonały – wynika z następujących badań: Mah-

kom, „Pregnancy and Sexual Assault” (*Psychological Aspects of Abortion*, University Publishers of America [1979], s. 53-72). Z kolei kobiety, które kontynuowały ciążę, choć początkowo doświadczały uczucia strachu, w dłuższej perspektywie były zadowolone z zachowania dziecka przy życiu oraz miały odczucie przekształcenia złego doświadczenia w dobro – wynika z amerykańskich badań (Mahkom and Dolan, „Sexual Assault and Pregnancy” *New Perspectives on Human Abortion*, University Publishers of America [1981], pp. 182-199).

Dr David C. Reardon, współautor książki „Ofiary i zwycięzcy” (Sobie A.; Reardon D.C.; Makimaa J., *Victims and victors: speaking out about their pregnancies, abortions, and children resulting from sexual assault*. Randburg, Acorn Books 2000) przeprowadził badania wśród ofiar gwałtu. Wynika z nich, że 70% ofiar gwałtu wybiera urodzenie dziecka zamiast aborcji (nawet gdy jest ona legalna). Poród kobiety odbierają jako przełamanie cyklu agresji i uzdrowienie z traumy gwałtu. Żadna z kobiet, które zdecydowały się na urodzenie dziecka poczętego w wyniku gwałtu, nie żałowała tej decyzji. Dla porównania 78 proc. kobiet, które dokonały aborcji uważa, że było to najgorsze z możliwych rozwiązań a aborcja, którą określały jako „powtórny gwałt” pogłębiła ich cierpienie. Wiele z nich zdecydowało się na ten krok, ponieważ były naznaczone przez otoczenie jako „noszące dziecko gwałciiciela”. Aż 64% spośród kobiet zdecydowało się na aborcję pod wpływem presji otoczenia i opinii publicznej.



„Na ogół dziewczęta twierdzą, że nie chciałyby urodzić dzieci poczętych podczas gwałtu – pisze dr Reardon. – Inaczej jednak zachowują się kobiety, które to doświadczenie mają za sobą. Nie chcą usuwać ciąży, aby nie kontynuować pasma przemocy. Mają świadomość, że aborcja tylko spotęguje ich cierpienie”. „Większość ludzi akceptuje założenie, że ofiary napaści seksualnej nie tylko chcą aborcji, lecz że odniosą z niej korzyści.

Zakładają, że aborcja pomoże ofiarom przejść do porządku dziennego nad napaścią, szybciej odzyskać zdrowie i uniknąć problemów związanych z wychowywaniem niechcianego potomka, przedstawianego nie jako »dziecko kobiety«, lecz »dziecko gwałciiciela«. W rzeczywistości – pisze dalej Reardon – dobro matki i dziecka nigdy nie są ze sobą sprzeczne, nawet w przypadku gwałtu. Matce i poczętemu w takich okolicznościach dziecku pomoc można tylko chroniąc życie nienarodzonego. Kolejny akt agresji prowadzi donikąd”.

„Aborcja pogłębia w kobiecie poczucie izolacji i wstydu, ponieważ pozwala innym udawać, że problem nie istnieje” – konkluduje dr Reardon – „Pozbycie się ciąży, która przypomina nam o napaści seksualnej, pozwala innym ludziom zignorować potrzeby kobiety; potrzebę zrozumienia, uczciwego rozpoznania i rozwiązania problemu, którego doświadczyła”.

oprac: MJ

Bohaterskie matki

W sytuacji wyboru między swoim życiem a życiem nienarodzonego dziecka matka znajduje się w sytuacji porównywanej przez niektórych do obrony koniecznej. Rezygnacja z niej jest więc aktem heroizmu i najwyższym poświęceniem. Nakaz bohaterstwa czy wymuszanie heroizmu są nam dalekie. Chcemy jednak przedstawić historie bohaterskich kobiet, które poświęciły swoje życie dla ratowania swojego dziecka – by pokazać, że i takie postawy miały miejsce. I to wcale nie tak rzadko, jakby się mogło wydawać.

Żeby ich poświęcenie nie uległo zapomnieniu, a raczej żeby wpisało się w świadomość społeczną, w której często sugerowana jest decyzja o aborcji.

Niech te heroiczne czyny budzą podziw i szacunek, niech budują cywilizację życia i miłości.

Agata Mróz

Była wielokrotną reprezentantką Polski w siatkówce i złotą medalistką Mistrzostw Europy. Siatkarka cierpiała na białaczkę. Zaszła w ciążę. Ryzyko związane z porodem było ogromne, niektórzy doradzali jej przerwanie ciąży. Agata jednak postanowiła, że dobro córeczki jest najważniejsze. Chora na białaczkę siatkarka mimo namów lekarzy nie usunęła ciąży, choć wiedziała, że może stracić życie. Przeszła operację przeszczepienia szpiku kości w Klinice Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Akademii

Medycznej we Wrocławiu. W czasie oczekiwania na przyjęcie przeszczepu Agata Mróz przebywała w całkowicie sterylnym pomieszczeniu, co wykluczało zobaczenie się z córeczką, którą urodziła 4 kwietnia 2008 r. Agata zmarła 4 czerwca 2008 r., w wieku 26 lat, czternaście dni po przeszczepie w wyniku posocznicy i związanego z nią wstrząsu septycznego.

Agata Mróz w swoim ostatnim wywiadzie powiedziała, że wiadomość o dziecku sprawiła, że znowu poczuła się szczęśliwą. „Cieszyłam się, że poczuję, jak to jest być matką. I że dam mężowi coś dobrego z siebie”.

Anna Radosz

Anna Radosz przez kilka lat mieszkała w Aberdeen w Szkocji, gdzie wyjechała po studiach. Gdy była w szóstym miesiącu ciąży, wykryto u niej czerniaka złośliwego. Od brytyjskich lekarzy dowiedziała się, że chemioterapia może poważnie zagrozić prawidłowemu rozwojowi jej poczętego dziecka. Lekarze zalecali Annie aborcję. Onkolog powiedział wprost: chemioterapii dziecko nie przeżyje. Terapia zniszczy chore komórki, ale też i nie oszczędzi zdrowych w organizmie dziecka. Kobieta, która w tym stanie rezygnuje z leczenia, ratuje dziecko, ale siebie naraża na śmiertelne niebezpieczeństwo. Kobieta natychmiast podjęła decyzję i powiedziała zdumionemu lekarzowi, że urodzi. Podjęła świadomą decyzję o rezygnacji z leczenia do czasu narodzin dziecka. Urodziła zdrowego synka, Oskara, w 36. tygodniu ciąży, opóźniając tak długo leczenie swojej choroby, ile jej dziecko potrzebowało do bezpiecznych narodzin. Po urodzeniu syna w listopadzie 2006 r., okazało się że nowotwór zaatakował oba płuca i leczenie operacyjne będzie już bezskuteczne. Zastosowano szereg zabiegów chemioterapii, a po wykryciu przerzutu w mózgu również radioterapię. Mimo to Anna zmarła 11 maja 2007 r. w myszkowskim szpitalu. Brytyjski „Scotsman” cytował jej słowa: „Poruszę niebo i ziemię, żeby mieć więcej czasu dla mojego ukochanego dziecka. Może

foto. Eliza Oleksy/AP



Agata Mróz

będę żyć tylko rok, może pół roku albo nawet i mniej, ale zrobię wszystko, żeby być matką dla mojego dziecka”.

„Większość komentatorów, którzy wypowiadają się w sprawie heroicznej postawy Anny Radosz, nie potrafi lub nie chce logicznie myśleć. Otóż wtedy, gdy życie matki w ciąży jest zagrożone, ma ona prawo zdecydować się na wszelkie formy koniecznej terapii! Także na takie formy terapii, które mogą doprowadzić do niechcianej i niezamierzonej przecież śmierci dziecka” – uważa psycholog i dyrektor Telefonu Zaufania „Linia Braterskich Serc”. ks. prof. dr Marek Dziewiecki. Jego zdaniem w takiej sytuacji nie ma mowy o aborcji, lecz jedynie o niezdolności lekarzy do jednoczesnej ochrony życia matki i dziecka. Dodaje, że ani matka, ani lekarz nie czynią w takim przypadku nic, by zabić dziecko. Ks. Dziewiecki wyjaśnia, że lekarze czynią wtedy jedynie to, co ratuje życie matki. – To matka ma prawo decydować o tym, czy skupić się na zdrowiu i życiu dziecka czy też na ratowaniu własnego życia. Kobieta stoi wtedy w obliczu dramatycznego wyboru, który w obu przypadkach jest przejawem kierowania się przykazaniem miłości, gdyż chrześcijanin jest wezwany do tego, by kochać zarówno siebie jak i bliźniego. Jeśli matka postawi wyżej życie dziecka od ratowania własnego życia doczesnego, to okazuje wyjątkowy heroizm. Jeśli decyduje się ratować życie własne, by być darem dla męża i dzieci już narodzonych, to okazuje równie wielką dojrzałość i taka decyzja także wymaga heroizmu. Ks. Dziewiecki dodaje, że żadne prawo nie może i nie nakazuje kobiecie ratować życie dziecka kosztem ratowania własnego życia. „Każde natomiast prawo powinno zakazywać aborcji, czyli zabijania przez rodziców dziecka w fazie rozwoju prenatalnego. Aborcja z definicji ma miejsce jedynie wtedy, gdy czyni się coś po to, by zabić niewinne dziecko, a nie po to, by ratować zagrożone życie matki” – powiedział psycholog. (za: KAI, 18.05.2007).

Święta Gianna Beretta Molla

Na przełomie lat 1961 i 1962 Gianna Beretta Molla spodziewała się czwartego dziecka. Wszystkie trzy ciąży wiązały się ze znacznymi kłopotami zdrowotnymi. Zanotowała nawet kiedyś: „nie wyobrażałam sobie, że trzeba tak wiele cierpieć, zostając mamą!”. Lecz problemy te zbladły wobec zagrożenia, które pojawiło się teraz. Okazało się bowiem, że jej nienarodzone dziecko jest zagrożone. Stwierdzono, że obok dziecka rozwija się włókniak – nowotwór wymagający usunięcia operacyjnego. Gianna, sama będąc lekarzem, doskonale zdawała sobie sprawę z sytuacji i знаła jej medyczne uwarunkowania. Trzeba było wybrać metodę leczenia. Proponowane przez lekarzy usunięcie nowotworu wraz z macicą było równoznaczne z utraceniem dziecka. Druga metoda polegająca na usunięciu samego guza dawała gorsze rokowania dla zdrowia i życia matki. Dla Gianny jednak ważniejsze niż własne bezpieczeństwo było życie dziecka. Zdawała sobie sprawę, że jest potrzebna urodzonym już trojgu dzieciom, z których najstarsze miało zaledwie pięć lat. A jednocześnie wiedziała, że jeśli



G.B. Molla



G.B. Molla

ocali siebie, by zapewnić tej trójce opiekę, uczyni to za cenę życia tego, które jeszcze się nie urodziło.

Kiedy przed zabiegiem chirurgicznym zapytano ją, o czyje życie w pierwszej kolejności lekarze mają zabiegać, bez wahania odpowiedziała, by wysiłek skierowali przede wszystkim na uratowanie dziecka. Półtora miesiąca przed urodzeniem dziecka powiedziała do męża: „Piotrze, proszę cię... jeżeli trzeba będzie wybierać między mną a dzieckiem – żadnych wahań. Żądam, abyście wybrali dziecko. Ratujcie dziecko”. Piotr nie był w stanie nic odpowiedzieć. Życzenie Gianny zostało spełnione. Operację usunięcia włókniaka wykonano w ten sposób, aby nie ucierpiało rozwijające się w jej ciele dziecko. Zabieg przebiegł pomyślnie. Początkowo mogło się nawet wydawać, że nie zaszkodził matce. Po wyjściu ze szpitala Gianna wróciła pracy zawodowej. Dalej leczyła ludzi. Niestety, nie trwało to zbyt długo. Jej stan szybko się pogarszał. 28 kwietnia 1962 r. zmarła. 16 maja 2004 r. została świętą Kościoła katolickiego. Jej uratowana córka Gianna Emanuela jest również lekarzem.

NASZA DROGA

– pismo dla młodych i o młodych,
pełny kolor, dużo zdjęć

NASZA DROGA – refleksja ewangeliczna,
nauczanie Ojca Świętego, życie Kościoła

NASZA DROGA – reportaże,

wywiady, sport, humor,
odpowiedzi duszpasterza

NASZA DROGA

– konkursy z nagrodami,
Ruch Czystych Serc,
historia Polski

jedyny kolorowy, ogólnopolski dwutygodnik młodzieżowy katolicki



SZUKAJCIE
W PARAFIACH
I KSIĘGARNIACH
KATOLICKICH!

www.droga.com.pl



Prenumerata:

● 11 kolejnych numerów – 35 zł (wraz z przesyłką)

● 26 kolejnych numerów (roczna) – 85 zł (wraz z przesyłką)

Prenumeraty dokonuje się wpłacając odpowiednią kwotę na rzecz wydawcy:

Stowarzyszenie „Nasza Przyszłość”, ul. Mikołajska 17, 31-027 Kraków

Konto bankowe: 42 1240 4650 1111 0000 5148 6233

Prenumerata: tel.: (012) 431-07-24, e-mail: prenumerata@droga.com.pl

CZŁOWIEK – MIŁOŚĆ – RODZINA

Cykl 10 filmów edukacyjnych (na płytach DVD) do przedmiotu szkolnego „Wychowanie do życia w rodzinie”. Środek dydaktyczny zalecany przez Ministerstwo Edukacji Narodowej wpisany do wykazu środków dydaktycznych MEN pod numerami 743-752/1999. Scenariusz i reżyseria: Izabela Drobotowicz-Orkisz.

- CZŁOWIEK OD POCĘCIA
- DO PRZYGOD DOJRZEWANIA
- TAJEMNICE KOBIECOŚCI
- TAJEMNICE MĘSKOŚCI
- CZŁOWIEK – ISTOTA PŁCIOWA
- ETYKA SEKSUALNOŚCI ● DRAMAT ABORCJI
- NATURALNE PLANOWANE RODZINY
- CZAS OCZEKIWANIA ● MIŁOŚĆ

Filmy dostępne są na płytach DVD wraz z konspektami dla nauczycieli na osobnej płycie CD.
Cena 58 zł za komplet plus 8 zł koszty wysyłki.

Informacje i zamówienia:

Redakcja „Źródło”, ul. Mikołajska 17,
31-027 Kraków, tel. /faks: 012 423 22 57
e-mail: redakcja@zrodlo.krakow.pl



Miesięcznik

„Wychowawca”

– pomoc dydaktyczna dla nauczycieli
i wychowawców katolickich

Prenumeratę „Wychowawcy” można rozpocząć od dowolnego numeru.

Cena: 33 zł na pół roku, 65 zł na rok (z przesyłką).

Wydawca:

Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli i Wychowawców,

ul. Mikołajska 17, 31-027 Kraków,

tel./fax (012) 423 23 24

e-mail: redakcja@wychowawca.pl

nr rachunku: 63 1240 4650 1111 0000 5157 2864

Formularz prenumeraty na:

www.wychowawca.pl



Każdy numer – to przybliżenie tematu związanego z wychowaniem dzieci i młodzieży.

Co miesiąc publikujemy:

- artykuły z zakresu teorii i praktyki wychowania,
- artykuły dotyczące profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży,
- propozycje form współpracy z rodzicami,
- scenariusze teatralne na święta, rocznice i uroczystości dla szkół i przedszkoli.