

# Noworodek w stanie zagrożenia: ograniczenie leczenia

Mark R. Mercurio, MD, MA\*

Dr Mercurio deklaruje brak jakichkolwiek powiązań finansowych mogących wpłynąć na niniejszy artykuł. Komentarz nie omawia produktu/urządzenia dostępnego na rynku, niedopuszczonego do stosowania ani będącego przedmiotem badań.

## Wprowadzenie

Lekarze na oddziale noworodkowym wkładają najwięcej trudu i zużywają najwięcej energii, aby osiągnąć cel, jakim jest ocalenie życia. Czasami pojawiają się jednak okoliczności, kiedy najlepszym postępowaniem może być odstąpienie lub powstrzymanie się od leczenia w związku ze złym rokowaniem. Do takich okoliczności mogą należeć: skrajne wcześniactwo, ciężkie wady wrodzone, zagrażająca śmierć bez względu na podjęty rodzaj leczenia lub cechy głębokiego uszkodzenia neurologicznego. Czasami można się wstrzymać lub wycofać z: resuscytacji, uporczywego podtrzymywania życia, np. wentylacji mechanicznej, odżywiania czy nawadniania oraz zabiegów chirurgicznych. To, co poniżej w zamyśle ma być przewodnikiem dla osób rozważających podjęcie takich decyzji, opiera się po części na wytycznych American Academy of Pediatrics (AAP).

## Wycofać się vs wstrzymać z leczeniem

W praktyce mogą występować istotne różnice psychologiczne między wycofaniem się z trwającego leczenia a powstrzymaniem przed jego włączeniem (tj. odmówieniem swoistej terapii). Niektórym osobom (personelowi lub rodzinie) może być trudniej przerwać leczenie w momencie, gdy już się je rozpoczęło. Lekarze rozważający wycofanie się z leczenia powinni zdawać sobie sprawę z tego problemu, ale nie powinni mylić go z kwestiami etycznymi. AAP Committee on Bioethics stwierdził, że większość komentatorów też filozoficznych i regulacji prawnych nie widzi ważnych etycznych i prawnych różnic między wycofaniem się a powstrzymaniem od włączenia leczenia.<sup>1</sup> Oznacza to, że jeśli pod względem etycznym akceptowane jest wstrzymanie się z włączeniem konkretnego leczenia u określonego noworodka, to ogólnie akceptowane jest wycofanie się z niego.

## Najlepszy interes pacjenta a władza rodzicielska

Ustalenie, kiedy jest dopuszczalne etycznie wycofanie się z rozpoczętego leczenia lub powstrzymanie od jego włączenia w przypadku noworodka, na ogół opiera się na standardzie, jakim jest najlepszy interes pacjenta oraz na uznaniu władzy rodzicielskiej. Pojęcie najlepszego interesu pacjenta zasadniczo mówi, że decyzja powinna być podjęta w wyniku rozważenia występowania przewidywanych korzyści i ryzyka (dla pacjenta) związanych z proponowanym leczeniem.<sup>2</sup> Pojęcie władza rodzicielska odnosi się do prawa rodziców do uzyskania wszystkich istotnych informacji i ich prawa, w pewnych granicach, do podejmowania decyzji w imieniu dziecka. To prawo pochodzi po części, ale nie w całości, z domniemania, że rodzice mają na uwadze dobro swojego dziecka, co zdarza się w większości przypadków. Stąd te dwa główne czynniki uwzględniane są zwykle, choć nie zawsze, przy podejmowaniu decyzji, i są ze sobą w zgodzie oraz prowadzą do tych samych wniosków. Mając na uwadze te dwa pojęcia, można powiedzieć, że możliwe są dwa scenariusze, w których etycznie akceptowane jest wycofanie się lub powstrzymanie od leczenia.

Po pierwsze, akceptowane etycznie jest wycofanie się z leczenia lub powstrzymanie od jakiegokolwiek leczenia wtedy, gdy nie przyniesie ono korzyści noworodkowi lub w oczywisty sposób stoi w sprzeczności z najlepszym interesem pacjenta, co jest zgodne z oświadczeniami wydanymi przez AAP Committee on Bioethics oraz Committee on Fetus and Newborn.<sup>1,3</sup> Mimo że w takiej sytuacji pożądana jest współpraca i porozumienie z rodzicami, to jednak nie są one niezbędne. Kiedy najlepszy interes pacjenta nie budzi wątpliwości, zwykle nie uwzględnia się praw rodziców w decydowaniu za lub przeciwko włączeniu leczenia. Zaleca się jednak, aby lekarz w każdym przypadku współpracował z rodzicami. Lekarz może wybrać kontynuowanie leczenia przez jakiś ograniczony czas, a jednocześnie rozmawiać z rodzicami z zamysłem uzyskania porozumienia. Ten wybór może być właściwy pod warunkiem, że obciążenie dla dziecka (np. w postaci bólu) będzie minimalne. Można osiągnąć pewien próg, powyżej którego najlepszy interes dziecka zmusza lekarza do powstrzymania się od leczenia mimo życzeń rodziców. Kiedy występuje różnica zdań, czasami pomocą może zwrócenie się o radę do innych osób, np. do komisji etycznej w szpitalu.

\*Associate Professor, Yale University School of Medicine, Department of Pediatrics; Director, Yale Pediatric Ethics Program. New Haven, Conn.

Po drugie, dozwolone jest powstrzymanie się od leczenia wtedy, gdy lekarz nie jest przekonany, czy korzyści z zastosowanego leczenia przewyższą zagrożenia i poinformowani rodzice nie zgodzili się na zaproponowane leczenie. W przypadku, gdy sukces jest bardzo mało prawdopodobny lub nieznaczna jest potencjalna krzywda spowodowana powstrzymaniem się od leczenia, rodzice powinni mieć prawo do decydowania. Tak jak AAP Committee on Bioethics słusznie stwierdził, „personel medyczny powinien starać się nie uwzględniać życzeń rodziny tylko wtedy, gdy te punkty widzenia w sposób oczywisty stoją w sprzeczności z interesami dziecka.”<sup>1</sup> Jeśli jednak lekarz nie może jednoznacznie ocenić najlepszego interesu pacjenta, powinien odwołać się do oceny rodziców i przez to prawa rodziców do podejmowania decyzji.

Istnieją co najmniej dwa ważne zastrzeżenia do standardów dotyczących najlepszego interesu dziecka. Pierwsze nieuchronnie opiera się na subiektywnej ocenie. Czy w najlepszym interesie dziecka jest poddanie go długotrwałej i bolesnej terapii, oczekując 10% prawdopodobieństwa przeżycia oraz zakładając możliwość wystąpienia ciężkiej niepełnosprawności? Ponieważ rozsądne osoby mogą nie zgodzić się z taką oceną, wydaje się odpowiednie zostawienie rodzicom swobody wyboru. Próg, przy którym preferencje rodziców stoją wyraźnie w sprzeczności z najlepszym interesem dziecka, czyli punkt, w którym lekarz powinien unieważnić decyzję rodziców, jest subiektywny. Lekarze mogą nie zgodzić się zatem z rodzicami, mimo że rodzice mają prawo nalegać na wdrożenie lub odrzucenie leczenia. W przypadku tak trudnej i subiektywnej oceny ponownie zachęca się lekarzy do szukania wsparcia u innych osób lub instytucji, np. komisji etycznej szpitala. W rzadkich przypadkach odpowiednie może być szukanie pomocy w sądzie.

Drugie zastrzeżenie polega na tym, że ściśle interpretowany standard najlepszego interesu pacjenta wymaga rozważenia tylko swoistych korzyści i obciążenia dla pacjenta. Niektórzy wierzą, że decyzja ma wpływ na innych, np. członków rodziny, i o tym też należy pamiętać.<sup>4</sup> Wydaje się, że strategia Committee on Fetus and Newborn opowiada się za prostą interpretacją, natomiast AAP Committee on Bioethics zaleca, aby lekarze oraz rodziny również wzięli pod uwagę, kiedy kontynuować leczenie „zgodnie z interesami innych, np. członków rodziny i innych kochających osób.”<sup>1</sup>

W obu przypadkach lekarz jest w oczywisty sposób zobowiązany wobec pacjenta, którym jest noworodek, czyli ma obowiązek przedkładać interes pacjenta nad własny. Kiedy lekarze proponują wycofanie się z podtrzymującej życie terapii, powinni rozważyć, czy ich motywacja odpowiada najlepszym interesom pacjenta (właściwa), pacjenta i rodziny (właściwa w przekonaniu niektórych osób) lub dla lekarzy i personelu, którzy mogą być zmęczeni trudnym i przedłużającym się leczeniem szpitalnym. Ta ostatnia, choć być może jest możliwa do zrozumienia w niektórych przypadkach, to jednak nie jest właściwym usprawiedliwieniem dla wycofania się z leczenia.

## Skrajne wcześniactwo

Często się mówi, że dobre zasady etyczne zaczynają się wraz z dobrymi danymi. Pośród najlepszych danych dotyczących wyników leczenia w przypadku znacznego wcześniactwa znajdują się należące do National Institutes of Child Health and Human Development (NICHD) Neonatal Network.<sup>5</sup> Wyniki badań 4446 noworodków urodzonych między 22 a 25 tygodniem ciąży w latach 1998-2003 wykazują, że do czasu wypisu przeżyło 5% noworodków urodzonych w 22 tygodniu ciąży, 26% urodzonych w 23 tygodniu, 56% w 24 tygodniu i 76% w 25 tygodniu. Należy zauważyć znaczną zmienność wyników leczenia w różnych grupach wieku ciążowego. Na wyniki leczenia znaczący wpływ mają inne czynniki niż wiek ciążowy, takie jak płeć, urodzeniowa masa ciała, ciąża pojedyncza *vs* ciąża wielopłodowa i podawanie steroidów w okresie prenatalnym. Oceniano ilościowo wpływ każdego z tych pięciu czynników na wyniki leczenia i wykazano na przykład, że w przypadku większych noworodków płci żeńskiej urodzonych w 23 tygodniu ciąży wyniki leczenia są lepsze niż mniejszych noworodków płci męskiej urodzonych w 24 tygodniu. Przewidywane prawdopodobieństwo przeżycia i wystąpienia upośledzenia rozwoju układu nerwowego na podstawie tych pięciu zmiennych można określić dla każdego pacjenta za pomocą udostępnionego przez NICHD online kalkulatora.<sup>6</sup>

Przeżycie i statystyka niepełnosprawności muszą być rozpatrywane z uwzględnieniem wielu słabych punktów wśród danych. Należy pamiętać przede wszystkim o ryzyku samosprawdzającej się przepowiedni. W przypadku najmłodszego wieku ciążowego (tj. 22 i 23 tygodnia ciąży) czasami nie podejmuje się resuscytacji i aktywnego leczenia. W praktyce taką sytuację odzwierciedla statystyka przeżyć. Na przykład w ośrodku, w którym nigdy nie podejmuje się resuscytacji noworodków urodzonych w 22 tygodniu ciąży, ogłasza się 0% przeżyć i jeśli za dodatkowymi decyzjami podejmowanymi w 22 tygodniu stoi założenie przypuszczalnej daremności, oparte na powyższych danych statystycznych, współczynnik przeżyć nadal będzie wynosił 0%. Istotnym pytaniem, kiedy rozważa się powstrzymanie od resuscytacji noworodka urodzonego w 22 tygodniu życia płodowego lub każdego innego pacjenta, nie jest „jaki procent takich pacjentów przeżył?” ale raczej „jaki procent spośród takich pacjentów, którzy otrzymali maksymalną opiekę, przeżył?”<sup>7,8</sup>

Odpowiedź na to ważne pytanie może być bardzo trudna, szczególnie w sytuacji, kiedy często nie stosuje się optymalnej terapii, jak w przypadku noworodków urodzonych w 22 i 23 tygodniu ciąży. Lekarze powinni być szczerzy w stosunku do siebie i w stosunku do przyszłych rodziców, mając na uwadze tę niepewną sytuację. Wskazówką postępowania mogą być np. dane pochodzące z badania sieciowego opisujące przeżycia noworodków poddawanych mechanicznej wentylacji. W grupie noworodków urodzonych w 22 tygodniu ciąży wentylowanych mechanicznie wskaźniki przeżycia wynoszą 21%, w 23 tygodniu 37%

i są znacznie wyższe niż ogólny wskaźnik przeżyć dla wszystkich noworodków urodzonych w tym wieku.<sup>5</sup>

Wyraźnie występuje jednak pewien błąd w zakresie przewidywanych wyników leczenia po uwzględnieniu opisanych pięciu zmiennych, danych z badań i kalkulacji wyników terapii. Staje się zatem oczywiste, że ani porady udzielane rodzicom, ani podejmowanie takich decyzji, jak powstrzymanie się od resuscytacji, nie powinny opierać się wyłącznie na wieku ciążowym. Najnowsze wytyczne Committee on Fetus and Newborn podkreślają znaczenie najlepszego interesu pacjenta i włączanie rodziców pacjenta w proces podejmowania decyzji, ale nie podaje prognozy określonego wieku ciążowego, przy którym można wycofać się lub powstrzymać od intensywnego leczenia. Rekomendacje można podsumować następująco: nie powinno się podejmować prób resuscytacji, jeśli nie ma szans na przeżycie, jeśli sznase na przeżycie są bardzo nikłe powinny przeważać preferencje rodziców, obowiązkowo należy podjąć resuscytację, jeśli istnieje prawdopodobieństwo uzyskania pomyślnych wyników leczenia.<sup>3,9</sup>

### Przewidywana niepełnosprawność

Definicja dobrego wyniku leczenia sama przez się jest subiektywna, ponieważ w grupie bardzo niedojrzałych wcześniaków, które przeżyły wcześniactwo i inne stany chorobowe występujące w tym okresie, bardzo realne jest ryzyko trwałego upośledzenia, takiego jak np. deficyt poznawczy czy porażenie mózgowie. W jakim stopniu obawy dotyczące przyszłej niepełnosprawności wpływają na decyzje o ograniczeniu leczenia noworodka? Dla wielu rodzin i lekarzy możliwość niepełnosprawności jest ważnym czynnikiem uwzględnianym w podejmowaniu decyzji.

W przypadku udzielania porad rodzicom oraz ich własnych rozważań, lekarze muszą posiadać informacje na temat najnowszych istotnych danych dotyczących niepełnosprawności oraz ograniczeń tych danych. Powinniśmy być również świadomi naszej własnej subiektywnej oceny dotyczącej niepełnosprawności i jakości życia oraz zdawać sobie sprawę z tego, że rodziny, a w przyszłości pacjenci mogą nie podzielać tych samych wartości.<sup>10</sup> Kiedy rozważamy ograniczenie leczenia, w tym leczenia podtrzymującego życie, rozsądne jest wzięcie pod uwagę możliwości wystąpienia niepełnosprawności wraz z innymi korzyściami i obciążeniami (krótko- i długotrwałymi) towarzyszącymi proponowanemu leczeniu jako część ogólnej oceny najlepszego interesu pacjenta. Mimo że w pewnych okolicznościach właściwe jest powstrzymanie się lub wycofanie z leczenia podtrzymującego życie, to jednak nigdy nie jest właściwe zaprzestanie opieki czy działań wspomagających. Tej terminologii należy unikać, gdy rozmawia się zarówno z personelem, jak i rodziną pacjenta. Personel medyczny i lekarz odpowiedzialni są za zaspokojenie istniejących potrzeb noworodka (np. kontrolę bólu/komfortu fizycznego) oraz rodziny (np. wsparcie psychiczne).

### Podsumowanie

- Decyzje dotyczące ograniczenia leczenia, w tym podtrzymującego życie (procesy życiowe), powinno się podejmować, kierując się najlepszym interesem pacjenta. Wiele osób uważa, że należy uwzględnić również interes innych, np. członków rodziny.
- Akceptuje się rozważania dotyczące możliwej niepełnosprawności jako obciążenia dla pacjenta w przyszłości, ale lekarze powinni podjąć starania, aby szczerze mówić o występowaniu tego ryzyka i unikać formułowania opinii na temat obciążenia ewentualną niepełnosprawnością, gdyż ich osąd może znacznie się różnić od osądu rodziców, a nawet pacjenta.
- W momencie podejmowania decyzji o ograniczeniu leczenia w centrum uwagi powinny również znajdować się prawa rodziców, szczególnie wtedy, gdy ocena najlepszego interesu pacjenta przez lekarza nie jest jednoznaczna. Prawa rodziców nie powinno się postrzegać jako absolutnego i w pewnych okolicznościach dobro pacjenta może je przewyższyć.

Artykuł ukazał się oryginalnie w *Pediatrics in Review*, Vol. 31, No. 2, February 2010, p. 72: *Imperiled Newborns: Limiting Treatment*, wydawanym przez American Academy of Pediatrics (AAP). Polska wersja publikowana przez *Medical Tribune Polska*. AAP i *Medical Tribune Polska* nie ponoszą odpowiedzialności za nieścisłości lub błędy w treści artykułu, w tym wynikające z tłumaczenia z angielskiego na polski. Ponadto AAP i *Medical Tribune Polska* nie popierają stosowania ani nie ręczą (bezpośrednio lub pośrednio) za jakość ani skuteczność jakichkolwiek produktów lub usług zawartych w publikowanych materiałach reklamowych. Reklamodawca nie ma wpływu na treść publikowanego artykułu.

### Piśmiennictwo

1. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. Guidelines on forgoing life-sustaining medical treatment. *Pediatrics*. 1994; 93:532–536 (Reaffirmed Oct 2008)
2. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed. Oxford, England: Oxford University Press; 2001:102
3. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Noninitiation or withdrawal of intensive care for high-risk newborns. *Pediatrics*. 2007;119:401–403
4. Hardwig J. *Is There a Duty to Die?* New York, NY: Routledge; 2000:29–43
5. Tyson JE, Parikh NA, Langer J, et al. Intensive care for extreme prematurity—moving beyond gestational age. *N Engl J Med*. 2008;358:1672–1681
6. NICHD Neonatal Research Network (NRN). Extreme Preterm Birth Outcome Data. Accessed August 2009 at: [http://www.nichd.nih.gov/about/org/cdbpm/pp/prog\\_epbo/epbo\\_case.cfm](http://www.nichd.nih.gov/about/org/cdbpm/pp/prog_epbo/epbo_case.cfm)
7. Mercurio MR. Physicians' refusal to resuscitate at borderline gestational age. *J Perinatol*. 2005;25:685–689
8. Mercurio MR. The ethics of newborn resuscitation. *Semin Perinatol*. 2009;33:354–363
9. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Clinical report—antenatal counseling regarding resuscitation at an extremely low gestational age. *Pediatrics*. 2009;124:422–427
10. Saigal S. Perception of health status and quality of life of extremely low-birthweight survivors: the consumer, the provider, and the child. *Clin Perinatol*. 2000; 27: 403–419

## Komentarz

Prof. dr hab. n med. Ewa Helwich,  
Klinika Neonatologii, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie



Artykuł dr. Marka Mercurio z pewnością bardzo zainteresuje lekarzy, którzy pracują na oddziałach noworodkowych, i to zarówno tych, którzy z racji swego doświadczenia podejmują samodzielne decyzje, jak i tych, którzy nie ukończyli jeszcze specjalizacji i uczą się oceny stanu noworodka, formułowania rokowania i umiejętności rozmów z rodzicami. Rozważania dotyczące możliwości wstrzymania się albo wycofania z resuscytacji lub uporczywego leczenia zawsze są ogromnie trudne, budzą emocje, czasem niepewność i niepokój sumienia. Nie możemy uciec przed decyzjami tego rodzaju, dlatego niezbędna jest dyskusja uwzględniająca podstawy filozoficzne, etyczne i światopoglądowe decyzji medycznych dotyczących pacjentów u zarania życia i na granicy możliwości przeżycia. Jesteśmy niezmiernie opóźnieni z taką dyskusją prowadzoną na szerokim forum w stosunku do krajów Europy Zachodniej, gdzie toczy się ona od wielu lat i gdzie zdołano już opracować rekomendacje postępowania w tym zakresie. Sądzę, że nie jestem odosobniona w oczekiwaniu na to, że konieczna wymiana poglądów i dyskusja będą miały miejsce także w Polsce. Najlepszemu interesowi pacjenta służyć będą (taką mam nadzieję) „Rekomendacje dotyczące postępowania z matką oraz noworodkiem na granicy możliwości przeżycia z uwzględnieniem aspektów etycznych”, opracowane przez Zespół ds. Rekomendacji Etycznych w Perinatologii, które zostały przedstawione do akceptacji towarzystw naukowych przed udostępnieniem ogółowi zainteresowanych.

Przed czym chcemy ustrzec naszych najmniejszych pacjentów? Chcemy ich uchronić przed niepotrzebnym cierpieniem w przedłużeniu umierania i przed uporczywym leczeniem bez nadziei poprawy. Jednocześnie musimy zdawać sobie sprawę, że nie ma wyraźnych granic między korzyścią chorego a zbędnością uporczywego leczenia – taka granica musi być za każdym razem określana na nowo. Oznacza to, że te najistotniejsze – z punktu widzenia losów dziecka – decyzje muszą być podejmowane indywidualnie w przypadku każdego takiego pacjenta. Wymaga to dyskusji całego zespołu leczącego i podjęcia decyzji o dalszym postępowaniu terapeutycznym. Jestem sceptyczna, co do możliwości standardowego uciekania się do pomocy komisji etycznej w kwestiach decyzyjnych. Oddawanie decyzji w ręce komisji etycznej wymaga czasu, którego zazwyczaj

nie mamy, ponieważ decyzja musi być podjęta w trybie pilnym. Ponadto w skład komisji etycznych wchodzi osoba, którym praktyka i specyfika działania na oddziałach intensywnej terapii noworodka są obce. Lepszym (moim zdaniem) rozwiązaniem jest wypracowanie w zespole leczącym wzoru dokumentacji użytecznej w trakcie podejmowania decyzji ograniczenia lub niepodjęcia leczenia. W takiej „karcie konsultacji perinatalnej” definiuje się podjętą decyzję, umieszcza ewentualnie odrębne zdanie członków zespołu, jak również opinię rodziców dziecka.

Bardzo ważnym, podstawowym elementem racjonalnych decyzji jest aktualna wiedza medyczna dotycząca rokowania, odnosząca się do przeżycia i możliwości rozwoju dzieci ze skrajnym wcześniactwem, płynąca z długofalowych, poprawnie skonstruowanych badań. Dobre dane są podstawą do oceny rokowania i podejmowania decyzji w interesie dziecka.

Rodzice dziecka przed jego urodzeniem mają wyobrażenie o jego przyszłości, często wyidealizowane. Skrajnie przedwczesny poród czyni przyszłość dziecka bardzo niepewną – przeżycie łączy się z dużym ryzykiem niepełnosprawności. Niekiedy rodzice nie chcą zaakceptować takiej możliwości. W dyskusji z rodzicami nie możemy posługiwać się definicją jakości życia dopuszczalnej lub niedopuszczalnej, bowiem taka definicja nie istnieje. Decyzja niepodjęcia resuscytacji lub zaniechania leczenia nie może wynikać jedynie z chęci niedopuszczenia, aby w społeczeństwie pojawiła się osoba niepełnosprawna. Rodzice mają prawo do decydowania w imieniu dziecka tylko w pewnych granicach, ale porozumienie z nimi i ich przekonanie jest bardzo ważnym zadaniem lekarza, które wymaga wiedzy, cierpliwości i czasu.

Rekomendowany Państwu artykuł jest podstawą do osobistych przemyśleń i dyskusji w gronie specjalistów. Wskazuje na niektóre trudne etycznie decyzje, jakie podejmujemy na oddziałach intensywnej terapii noworodka. Autor mocno podkreśla, że wycofanie się z podjętego już leczenia nie stanowi decyzji jakościowo innej niż brak jego włączenia w odpowiednio umotywowanych warunkach. Jest to pogląd prezentowany szczególnie w Stanach Zjednoczonych, w Europie raczej budzi kontrowersje. Decyzja o ograniczeniu już podjętego leczenia z uwagi na pojawienie się powikłań pogarszających rokowanie dotyczące przeżycia dziecka

## Komentarz

wymaga omówienia przekraczającego ramy tego komentarza. Warto natomiast przypomnieć, że w niektórych przypadkach szczególnie ważna jest diagnostyka prenatalna, której wynik może wskazywać na letalny charakter wady płodu, co nie tylko usprawiedliwia,

ale nawet nakazuje niepodejmowanie resuscytacji po urodzeniu. Kompetentna diagnostyka prenatalna pomaga w rozwiązaniu wielu problemów i sprawia, że niektóre decyzje mogą być albo podjęte, albo przynajmniej rozważone przed urodzeniem się dziecka.