

Eucharystia. Jest poza tym inny szczególny motyw duszpasterski: dopuszczenie ich do Eucharystii wprowadzałoby wiernych w błąd lub powodowałoby zamęt co do nauki Kościoła o nierozzerwalności małżeństwa» (FC 84). Duszpasterze obok zwyczajnych form życia religijnego w parafii organizują dla nich specjalne, osobne rekolekcje w okresie Wielkiego Postu.

Zakończenie

I na koniec – należy dostrzegać w duszpasterskiej trosce parafii te osoby, które «pozbawione są rodziny» (FC 85), a więc osoby z różnych powodów samotne. Apelem pełnym nadziei do tych osób zwraca się Ojciec Święty w FC: «nikt nie jest pozbawiony rodziny... Kościół jest domem i rodziną dla wszystkich, a szczególnie obciążonych i utrudzonych (FC 85). «Jest rzeczą nieodzowną i nagłą aby każdy człowiek dobrej woli zaangażował się w sprawę ratowania i popierania wartości i potrzeb rodziny» (FC 86).

Ks. Władysław Szewczyk

Ks. Marian Machinek MSF

DIAGNOSTYKA PRENATALNA JAKO WYZWANIE ETYCZNE DLA RODZINY

Nie sposób nie docenić wielu pozytywnych aspektów, związanych z rozwojem nauk i technik medycznych. Szczególnie w dziedzinie pomocy poczętej i rozwijającej się w łonie matki istocie ludzkiej rozwój medycyny obdarował ludzkość dotychczas nieznanymi możliwościami diagnostycznymi, a co za tym idzie także terapeutycznymi. Wielkiej euforii towarzyszą jednak nierzadko sceptyczne głosy, wskazujące na am-

biwalentność nowych metod diagnostyczno-terapeutycznych oraz na etyczne zastrzeżenia, dotyczące nie tylko samych metod, lecz również przyświecających ich zastosowaniu celów. Diagnostyka prenatalna (tzn. przedporodowa)¹ zajmuje się badaniem poczętego życia ludzkiego. Badania te mają bardzo ścisły związek z problematyką rodzinną, ponieważ dotyczą bezpośrednio jednego z podstawowych zadań rodziny, zadania przekazywania życia. Na pierwszy rzut oka trudno być może dostrzec etyczne problemy w przypadku diagnozowania stanu zdrowia pacjenta. Raczej szukałoby się takich problemów w momencie rozpoczęcia jakiejś terapii. Jak się jednak okazuje nie sposób ocenić diagnostykę prenatalną jako procedurę etycznie neutralną. Celem niniejszego artykułu jest obok rzeczowej informacji również uwrażliwienie na problematykę, która z dnia na dzień może stać się także w naszym społeczeństwie szalenie istotna. Wobec wielu głosów, oceniających badania prenatalne jedynie na podstawie ich efektywności, trzeba podkreślić również inne kryteria, które są ważne dla chrześcijanina, stojącego przed wyborem dokonania diagnozy prenatalnej lub też zrezygnowania z niej.

1. Kontekst diagnostyki prenatalnej

Wystarczy spojrzeć na statystyki śmiertelności noworodków oraz rodzących matek, by docenić zdobycze nowoczesnej medycyny. W krajach rozwiniętych statystyki te wykazują w ostatnich dziesięcioleciach niespotykany dotąd spadek śmiertelności i powikłań okołoporodowych. Postęp medycyny spowodował jednak, iż troska o kobietę ciężarną, polegająca kiedyś na regularnym mierzeniu ciśnienia i pulsu, na obserwacji wzrostu wagi czy na badaniach krwi i moczu, nabrała zupełnie nowych wymiarów. Rewolucja, związana z odkryciem mechanizmów dziedziczenia doprowadziła do odkrycia genetycznych podstaw całego szeregu

¹ Krótki zarys rozwoju metod diagnostyki prenatalnej podaje R. Otowicz, *Etyka życia*, Kraków 1998, 214-215.

chorób i anomalii, których nośniki (geny) mogą być przekazane następnej generacji. Jednocześnie odkryto cały szereg czynników, które mogą spowodować zaburzenia rozwoju płodu w czasie ciąży. Badania prenatalne stosuje się przede wszystkim tam, gdzie istnieje przypuszczenie wystąpienia anomalii rozwoju płodu. Takie przypuszczenie występuje w przypadku rodziców, posiadających już dziecko, cierpiące na zaburzenia lub choroby pochodzenia genetycznego. Inną grupą adresatów badań prenatalnych są kobiety, które zachodzą w ciążę w wieku powyżej 35 lat. Jak wykazały badania, u kobiet ciężarnych w tej kategorii wieku wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia aberracji chromosomowych płodu. Badania prenatalne bywają zalecane również matkom, u których w trakcie ciąży stwierdzono jakieś niepokojące objawy, jak np. nienormalny stan wód płodowych lub też które narażone zostały w trakcie trwania ciąży na działanie niebezpiecznych czynników, jak radiacja czy różnego rodzaju infekcje. Wreszcie badania prenatalne przeprowadza się w przypadku kobiet ciężarnych, należących do populacji, w której występuje podwyższone prawdopodobieństwo zaistnienia chorób pochodzenia genetycznego (np. aberracje chromosomowe, typowe dla ludzi krajów śródziemnomorskich).²

2. Różne metody diagnozy prenatalnej

Badania i techniki diagnostyczne określane jako „diagnostyka prenatalna” obejmują cały szereg metod, które zostaną tu pokrótce omówione. Przeprowadza się je po zagnieżdżeniu się embrionu w ścianie macicy. Ogólnie dzieli się te metody ze względu na sposób ich przeprowadzenia na *nieinwazyjne*, czyli takie, które odbywają się bez ingerencji w macicę oraz metody *inwazyjne*, ingerujące w macicę czy worek owodniowy.

² Należą do nich choćby różne rodzaje hemoglobinopatii. H. Wattiaux, *Génétique et fécondité humaines. Contraception. Sterilisation. Diagnostic prénatal. Malformations congénitales. Insémination artificielle. Fécondation in vitro*, Louvain-la-Neuve 1986, s. 64.

a) *Metody nieinwazyjne*³

Do tych metod zalicza się **badanie krwi kobiety ciężarnej**. Badana jest koncentracja tzw. alfa-fetoproteiny w krwi matki, której stężenie może wskazywać na to, że dziecko cierpi na zespół Downa (mongolizm) czy też inne defekty. Przeprowadza się również tzw. Triple-Test, obliczając na podstawie porównania koncentracji specyficznych dla ciąży hormonów iloraz, oznaczający ryzyko zaistnienia defektów płodu.⁴ Badania te przeprowadza się między 14 a 16 tygodniem ciąży. Są one jednak niedokładne i w przypadku niejasnych wyników pociągają za sobą zazwyczaj zalecenie ponownych badań, tym razem z użyciem metod inwazyjnych. Bardzo zaawansowane są prace nad badaniem nieinwazyjnym, które mogłoby zastąpić ryzykowne metody inwazyjne, mianowicie nad analizą molekularno-genetyczną komórek embrionalnych, które dostały się do krwioobiegu matki i mogłyby być uzyskane z krwi matki, bez mechanicznego ingerowania w worek owodniowy.⁵

Inną metodą nieinwazyjną jest **specjalne badanie ultrasonograficzne**. Przeprowadza się je między 18 a 22 tygodniem ciąży. Aparat sonograficzny pozwala na uzyskanie ruchomego obrazu rozwijającego się płodu. Badanie to służy rozpoznaniu lub też wykluczeniu zaburzeń w rozwoju płodu, takich, jak np. wad serca, nerek, zaburzeń rozwoju w okolicach mózgu, rdzenia nerwowego i całego szkieletu, czy też np. rzucających się w oczy zaburzeń kształtu twarzy, mogących wskazywać na istnienie innych chorób. Pierwszy obraz rozwijającego się dziecka

³ Niektórzy zaliczają do nieinwazyjnych metod diagnostyki prenatalnej także tzw. badania przesiewowe (screening), czyli ankiety środowiskowe, mające wykazać stopień prawdopodobieństwa wystąpienia anomalii genetycznych w danej populacji. Zob. na ten temat R. Ottowicz, *Etyka życia*, dz. cyt., s. 224n.

⁴ Zob. W. Holzgreve, P. Miny, R. Schloo, S. Tercanli, *Maternales Serumscreening zur Erfassung kindlicher Chromosomenanomalien*, w: *Gynäkologe* 28 (1995), s. 280-283.

⁵ Zob. J. Lunshof (m. in.), *Neue Wege der Pränataldiagnostik. Ethische Aspekte der Entwicklung eines nicht-invasiven Diagnoseverfahrens*, w: *Medizinische Genetik* 5 (1993), s. 399.

można dziś uzyskać już w 17 dni po poczęciu.⁶ Metoda ta jest coraz bardziej rozwijana. W fazie prób znajduje się sonografia trójwymiarowa, która, zastosowana w medycynie prenatalnej, umożliwiłaby uzyskanie dokładnych danych np. o szkielecie dziecka, o ewentualnych zmianach patologicznych w strukturze mózgu, czy w budowie genitaliów. Choć z rozwojem tej metody wiąże się wielkie nadzieje, to jednak trzeba zaznaczyć, iż wysoka jakość uzyskanego obrazu zależy tu w znacznym stopniu od tego, czy badany obiekt jest nieruchomy. W przeciwnym razie nie da się wykluczyć zamazania obrazu.⁷

b) *Metody inwazyjne*

Stosunkowo nową metodą inwazyjną, stosowaną już od 9 lub nawet 7 tygodnia ciąży, jest **biopsja kosmówki**. We wczesnych tygodniach ciąży (od 9 do 11 tygodnia) biopsję kosmówki przeprowadza się metodą przeszzyjkową. Polega ona wtedy na wprowadzeniu przez szyjkę macicy sondy, za pomocą której pobiera się ok. 20 - 30 mg tkanki pochodzącej z otoczki zarodka. Komórki te można laboratoryjnie hodować, by następnie dokonać mikroskopowej analizy molekularno-genetycznej. W jej wyniku ustalić można kartę chromosomową płodu (kariotyp), zbadać ilość i morfologię chromosomów.⁸ Badania tą metodą można przeprowadzić również w 12 – 13 tygodniu ciąży, wtedy jednak dokonuje się biopsji przezbrzuszej, a nie przeszzyjkowej. W obydwu przypadkach zabieg jest monitorowany za pomocą ultrasonografu. Za pomocą tej metody można odkryć szereg nieprawidłowości w rozwoju płodu, jak również występowanie chorób dziedzicznych.⁹

⁶ Zob. R. Brol, *Pränatale Diagnostik als ethische Herausforderung unserer Gesellschaft*, St. Ottilien 1998, s. 47-49.

⁷ Zob. H. Steiner, *Potential der dreidimensionalen (3D) Sonographie in der Fehlbildungsdiagnostik*, w: *Gynäkologe* 7 (1995), s.315-320.

⁸ Zob. H. Wattiaux, *Génétique et fécondité humaines*, dz. cyt., s. 60-61.

⁹ Zob. U. Theile, *Pränatale Diagnostik – was ist das?*, w: *Deutsche Bischofskonferenz/ Evangelische Kirche in Deutschland* (wyd.), *Jedes Kind ist lebenswert. Leben annehmen statt auswählen*, Bonn-Hannover 1997, s. 9. Zob. też P. Kądziółka, *Biopsja kosmówki*, w: T. Pisarski (wyd.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 1998, 192.

Najpopularniejszą, a jednocześnie najdłużej stosowaną metodą inwazyjną jest **punkcja wód płodowych** (amniocenteza). Metoda ta polega na wprowadzeniu specjalnej igły (o średnicy 0,7 mm) przez ścianę brzucha do worka owodniowego w celu pobrania ok. 10 ml wód płodowych. Całość operacji monitorowana jest ultrasonografem. Między 11 a 15 tygodniem ciąży ilość wód płodowych wzrasta o 50 ml tygodniowo i osiąga w 15 tygodniu ciąży 170-180 ml. W wodach płodowych znajdują się komórki płodu, pochodzące z jego błon śluzowych, moczowodów czy też naskórka.¹⁰ Komórki te są następnie kultywowane, po czym dokonuje się badań mikroskopowych chromosomów (ich ilości i struktury), mających wykazać lub wykluczyć zmiany patologiczne. Badania wykonuje się między 13 a 18 tygodniem ciąży, szczególnie w przypadkach ciąż o zwiększonym ryzyku deformacji płodu, tzn. u kobiet powyżej 35 roku życia. Metoda ta pozwala na stosunkowo precyzyjne określenie aberracji chromosomowych, zaburzeń przemiany materii lub nawet płci dziecka.¹¹

Do metod inwazyjnych diagnostyki prenatalnej należy także **punkcja łożyska**. Stosuje się ją od 20 tygodnia ciąży, zazwyczaj po stwierdzeniu badaniami ultrasonograficznymi opóźnienia wzrostu płodu, odchylen w ilości wód płodowych, czy podejrzenia zaburzeń chromosomowych. Jak w poprzednich metodach inwazyjnych, dokonuje się analizy genetyczno-molekularnej materiału, uzyskanego za pomocą igły, wprowadzonej przez ścianę brzucha kobiety ciężarnej, którą pobiera się tkankę łożyska.¹²

Jeszcze inną metodą inwazyjną jest **punkcja pępowiny** (kordocenteza). Dokonuje się jej między 21 a 23 tygodniem ciąży. Pod obserwacją ultrasonograficzną pobiera się krew, nakłuwając igłą pępowinę dziecka,

¹⁰ Zob. D. Kunze, B. Nitsch, J. P. Murken, Möglichkeiten pränataler biochemischer Diagnostik aus menschlichem Fruchtwasser, w: J. Murken (wyd.), Pränatale Diagnostik und Therapie, Stuttgart 1987, s. 21-37.

¹¹ Zob. T. Urbaniak / T. Pisarski, Amniocenteza, w: T. Pisarski (wyd.), Położnictwo i ginekologia, dz. cyt., s. 192. Zob też H. Wattiaux, Génétique et fécondité humaines, dz. cyt., 62n.

¹² Zob. U. Theile, Pränatale Diagnostik – was ist das?, dz. cyt., s. 10.

blisko miejsca jej połączenia z łożyskiem. Badania leukocytów umożliwiają analizę chromosomową. Za pomocą tej metody można stwierdzić lub wykluczyć szereg schorzeń krwi, jak również zaburzenia chromosomowe, mongolizm oraz inne choroby dziedziczne.¹³

Ostatnią z omówionych tu metod inwazyjnych jest **fetoskopia**. Badania tą metodą dokonuje się około 22 tygodnia ciąży. Polega ona na bezpośrednim badaniu płodu za pomocą specjalnego endoskopu (o średnicy 1,7 – 2,7), wprowadzonego do macicy. Metoda ta jest dzisiaj rzadko stosowana, jedynie w celu uzyskania próbek naskórka płodu, w przypadku podejrzenia dziedzicznych chorób skóry. Postęp techniki ultrasonograficznej umożliwił dokonanie tych samych badań, i to bez ryzyka dla dziecka, które kiedyś dokonywało się za pomocą fetoskopii.¹⁴

3. Kryteria oceny moralnej

Już pobieżna analiza metod diagnostyki prenatalnej wskazuje na ich ambiwalencję oraz na konieczność poddania ich ocenie etycznej. W roku 1995 Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia opublikowała Kartę Pracowników Służby Zdrowia.¹⁵ Dokument ten zajmuje również stanowisko wobec diagnostyki prenatalnej, wskazując na dwa kryteria oceny etycznej diagnostyki prenatalnej, mianowicie na czynnik ryzyka oraz na cel diagnozy.

a) Stopień ryzyka

W powyższym przedstawieniu różnych metod diagnostyki prenatalnej pominięto świadomie rodzaje i stopień ryzyka, łączącego się z prze-

¹³ Zob. *E. Neuenschwander*, Techniken der pränatalen Diagnostik: Amniocenteze, Chorionbiopsie, Nabelschnurpunktion, w: *Therapeutische Umschau*, tom 45 (1988), s. 700n.

¹⁴ Zob. *U. Theile*, Pränatale Diagnostik – was ist das?, dz. cyt., s. 10.

¹⁵ Tekst tego dokumentu został opublikowany w języku polskim w: *K. Szczygiel* (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998, s. 549-627. Zob. też monografię *R. Broła* dotyczącą oceny etycznej diagnostyki prenatalnej (*Pränatale Diagnostik als ethische Herausforderung unserer Gesellschaft*, St. Ottilien 1998).

prowadzeniem poszczególnych badań diagnostycznych. Jednakże właśnie ten stopień ryzyka stanowi bardzo ważny faktor oceny etycznej poszczególnych metod. Ryzyko dotyczy przede wszystkim dziecka, ale nie rzadko też i matki, przy czym dla niej jest ono o wiele mniejsze. Ogólnie można stwierdzić, iż metody nieinwazyjne (analiza krwi matki oraz specjalne badania ultrasonograficzne) nie przedstawiają żadnego ryzyka ani dla matki ani dla dziecka, dlatego też nie istnieją etyczne zastrzeżenia w odniesieniu do tych metod. Inaczej sprawa przedstawia się w przypadku metod inwazyjnych. Komplikacje, jakie mogą nastąpić, związane są z jednej strony z możliwością spowodowania spontanicznego poronienia. W zależności od metody ryzyko te sięga od 0,5% w przypadku amniocentazy do prawie 4% w przypadku punkcji kosmówki.¹⁶ Spontaniczne poronienie spowodowane może być niedoborem wód płodowych, czynnościami skurczowymi macicy, czy też mechanicznym uszkodzeniem płodu. Istnieje też poważne niebezpieczeństwo spowodowania zakażenia czy nawet śmierci płodu w łonie matki, np. w wyniku krwotoku spowodowanego kordocentezą.

Obok ryzyka wynikającego z samej metody, istnieje także ryzyko indywidualne, wynikające np. z faktu, iż badana kobieta dokonała kiedyś przerwania ciąży, przeżyła poważne operacje czy infekcje. Przed dokonaniem zabiegów konieczna jest więc nie tylko rzeczowa informacja o metodzie diagnostycznej, lecz również przeprowadzenie lekarskiej anamnezy, pozwalającej ocenić stopień indywidualnego ryzyka.¹⁷

Innym faktorem, wpływającym na stopień ryzyka jest pewność interpretacji wyników badań. Wielu fachowców, podkreślając znaczące zdobycze w dziedzinie diagnostyki prenatalnej, ostrzegają jednocześnie przed przesadnym zaufaniem i wygórowanym oczekiwaniom wobec nich. Jak w latach siedemdziesiątych starano się redukować człowieka do produk-

¹⁶ Dane różnych źródeł odbiegają znacznie od siebie. Niektóre źródła podają ryzyko spontanicznego poronienia w wyniku badań prenatalnych sięgające 6%.

¹⁷ Zob. R. Brol, *Pränatale Diagnostik als ethische Herausforderung unserer Gesellschaft*, dz. cyt., s. 52.

tu zabiegów wychowawczych, tak dziś istnieje tendencja do przesadnego podkreślania wpływu genów na jego rozwój. Sam fakt zmian, zaobserwowanych w materiale genetycznym nie musi jednoznacznie świadczyć o zaistnieniu choroby. Te same zmiany chromosomowe mogą w jednym przypadku prowadzić do śmierci, a w innym stanowić jedynie minimalne upośledzenie. Wynika to z faktu, iż faktyczne zaistnienie choroby pochodzenia genetycznego nie zawsze związane jest z jednym patologicznym genem, lecz wynika z wzajemnej interakcji różnych genów.¹⁸ Nierzadko zdarzają się przypadki, iż w trakcie aborcji, dokonanej po rozpoznaniu poprzez badania prenatalne anomalii płodu, okazuje się, iż odebrano życie zdrowemu dziecku, gdyż diagnoza była błędna.¹⁹

b) *Cel diagnozy*

W ocenie moralnej dopuszczalności diagnostyki prenatalnej trzeba wziąć pod uwagę nie tylko samą technikę diagnostyczną, lecz także przyświecający jej cel. W świadomości każdego człowieka ugruntowany jest schemat, kojarzący się z tradycyjnym etosem lekarskim, a wiążący diagnozę z terapią: diagnozy dokonuje się po to, aby uzyskać jak najbardziej szczegółowe dane o zaburzeniach i chorobach oraz móc zastosować odpowiednie środki terapeutyczne. Jak każda inna diagnoza również badania prenatalne stanowiłyby w tym kontekście niewątpliwe dobro moralne. Okazuje się jednak, iż ta oczywista zależność traci czasami w wypadku diagnostyki prenatalnej swoją jednoznaczność.²⁰

Zminimalizowanie śmiertelności noworodków i ich matek w czasie połogu spowodowało znaczną ewolucję społecznych zachowań. Uzasadnione pragnienie rodziców, aby począć i urodzić zdrowe dziecko prze-

¹⁸ Zob. B. Hobom, Möglichkeiten, Perspektiven und Grenzen der Gentechnologie, w: J. Reiter / U. Theile (wyd.), Genetik und Moral, dz. cyt., s. 39n.

¹⁹ Por. H. Gulanowska, Wybrane zagadnienia diagnostyki prenatalnej, w: J. W. Galkowski / J. Gula (red.), W imieniu dziecka poczętego, Rzym-Lublin 1991, 63.

²⁰ Zob. A. Auer, Kindliche Indikation zum Schwangerschaftsabbruch aus ethischer Sicht, w: J. Reiter / U. Theile (wyd.), Genetik und Moral, s. 188.

kształca się często w swoiste „prawo do posiadania zdrowego dziecka”. Niektórzy rodzice postrzegają perspektywę posiadania dziecka upośledzonego jako pewnego rodzaju „społeczną niesprawiedliwość”, przed którą mogą bronić się wszelkimi sposobami. Takimi środkami ochrony stają się badania prenatalne, które postrzegane są często jako swego rodzaju „gwarancja”, iż na świat zostaną wydane jedynie zdrowe dzieci. W Stanach Zjednoczonych mnożą się procesy przeciwko lekarzom, którzy w trakcie badań prenatalnych nie dostrzegli anomallii płodu, co doprowadziło do urodzenia upośledzonych dzieci. Lekarze ci zmuszeni są do płacenia odszkodowań z tytułu przyjscia na świat upośledzonego dziecka, stanowiącego dla rodziców „wrongfull” czy też „sorrowfull life”.²¹ Tak pojmowane „prawo do zdrowego dziecka” idzie często w parze ze swoistym oczekiwaniem ze strony społeczeństwa, przeradzającym się w „obowiązek” posiadania zdrowego dziecka. Rodzicom, którzy mimo pozytywnej (potwierdzającej zaistnienie anomalii płodu) diagnozy decydują się na urodzenie i wychowanie dziecka, zarzuca się brak odpowiedzialności. Rodzicom, oczekującym narodzin upośledzonego dziecka sugerowane jest istnienie „społecznego obowiązku” eliminacji upośledzonych, aby w przyszłości zaoszczędzić społeczeństwu kosztów i problemów związanych z utrzymaniem i terapią niepełnosprawnego człowieka. Nietrudno dostrzec konsekwencje takiej presji społecznej. Prowadzi ona do jawnej dyskryminacji ludzi upośledzonym, którzy są postrzegani, jako „nie w porę wyeliminowani”, a ich rodzice, jako jednostki nieodpowiedzialne. Takie katastroficzne wizje nie są, jak się okazuje, wyssane z palca, lecz mają już swoją tragiczną historię. Stoją one w zaskarżającej bliskości programów eugenicznych Hitlera, w wyniku których w połowie lat trzydziestych uśmiercono w Niemczech tysiące niepełnosprawnych i psychicznie chorych.²²

²¹ Zob. E. Schockenhoff, *Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriß*, Mainz 1993, 241.

²² W niektórych krajach europejskich niezależne organizacje prowadzą badania, według których ilość *statystycznie* w danej populacji występujących dzieci upośledzonych, np. z zespołem Downa (mongolizm) porównywana jest z ilością *faktycznie* urodzonych dzieci z tym schorzeniem.

Widać tu wyraźnie związek, jaki może zachodzić między diagnostyką prenatalną a aborcją. Jeżeli celem badań prenatalnych jest wyselekcjonowanie dzieci upośledzonych, przez dokonanie aborcji w wypadku stwierdzenia anomalii w rozwoju dziecka, staje się ona moralnie niedopuszczalna i to niezależnie od stosowanej metody. Takie badania prenatalne są jedynie jednym z elementów wyroku śmierci. Stosowana niekiedy praktyka zmuszania rodziców do wyrażenia zgody na tzw. „terapię” aborcję jeszcze przed dokonaniem badań prenatalnych, gdyby wykazały one anomalie w rozwoju płodu jest ciężkim wykroczeniem przeciw etyce lekarskiej. Niedopuszczalne jest także stosowanie jakiegokolwiek presji na rodzicach, czy też sugerowanie im, iż aborcja jest w wypadku stwierdzenia upośledzenia dziecka jedyną logiczną konsekwencją. Psychologiczną fikcją jest też uzasadnienie takiej aborcji pragnieniem dobra dla dziecka i chęcią zaoszczędzenia mu cierpień. Wyczerpująca informacja ze strony lekarzy, jak też pełna i wolna od nacisków zgoda rodziców stanowią niezbędny warunek dokonania badań prenatalnych.²³

Czasami badania prenatalne są przeprowadzane po to, aby stwierdzić płeć dziecka. Może temu towarzyszyć dwojaki cel. Najpierw może chodzić o stwierdzenie stopnia prawdopodobieństwa zaistnienia chorób pochodzenia genetycznego, związanych z płcią dziecka. Istnieją choroby (dziedziczne defekty chromosomu X), na które, w przypadku konkretnej pary, nie zapadają nigdy dziewczynki, natomiast prawdopodobieństwo

Badania te wykazują, iż ilość dzieci urodzonych z zespołem Downa drastycznie spadła, co nie jest wcale dowodem na lepszą kondycję zdrowotną społeczeństwa, lecz na stosowanie selekcji w pierwszych tygodniach ciąży, po stwierdzeniu anomalii w trakcie badań prenatalnych. I tak w Niemczech według statystyk na 905 675 urodzonych w roku 1990 dzieci powinno przypadać statystycznie ok. 1500 dzieci z zespołem Downa. Faktycznie jednak urodziły się jedynie 63. Autorzy raportu stwierdzają, iż w przypadku pozytywnego wyniku diagnozy prenatalnej w 90% dokonuje się aborcji. Zob. H. Hüppe, Die Verantwortung trifft den Gesetzgeber, w: Kirche heute 9 (1996), s. 32. Por. też badania przeprowadzone w Polsce: E. Jarosik / A. Faińska, Postawy lekarzy wobec diagnostyki prenatalnej i przerywania ciąży, w: E. Bielawska-Batorowicz / D. Kornas-Biela (red.), Z zagadnień psychologii prokreacyjnej, Lublin 1992, 99-108.

²³ Zob. E. Schockenhoff, Ethik des Lebens, dz. cyt., 243-245.

wystąpienia jej u chłopców sięga 50%.²⁴ Czasami jednak celem rodziców jest po prostu eliminacja „niepożądanego” w tym momencie płci. Praktyka ta ma być stosowana np. w Indiach²⁵ czy w Chinach, gdzie aborcji dokonuje się jedynie dlatego, iż zamiast oczekiwanego chłopca, poczęła się dziewczynka. Praktyka taka ma na dalekim wschodzie swoją smutną tradycję. Stosunki społeczne, dyskryminujące kobietę, jak również ogromna nędza, uniemożliwiająca wychowanie, utrzymanie i wydanie za mąż wielu dziewczynek w jednej rodzinie, prowadzą w wielu przypadkach do porzucenia dzieci nawet po urodzeniu. Jednak mimo wszystkich przyczyn obiektywnych praktyka taka jest oczywistym przejawem dyskryminacji ludzi ze względu na ich płeć, co jest moralnie niedopuszczalne. Jako część szeroko pojętych programów eugenicznych²⁶, tzn. zmierzających do kształtowania społeczeństwa według jakichś arbitralnie przyjętych kryteriów poprzez selekcję (uśmiercanie) jednostek o niepożądanych cechach, diagnostyka prenatalna uwłacza godności każdej istoty ludzkiej jak też wszelkim standartom etosu lekarskiego.²⁷

Te zastrzeżenia wobec celów, jakie przyświecają diagnostyce prenatalnej, nie oznaczają jednak jej całkowicie negatywnej oceny. Istnieją motywy przeprowadzenia diagnostyki prenatalnej, co do których nie ma moralnych zastrzeżeń. Diagnostyka prenatalna, jeżeli jest przeprowadzona metodą, nie wiążącą się z ryzykiem dla matki i dziecka, jest wtedy etycz-

²⁴ Zob. *T. M. Schroeder-Kurth*, Die Bedeutung von Methoden, Risikoabwägung und indikationsstellung für die pränatale Diagnostik, w: *J. Reiter / U. Theile* (wyd.), *Genetik und Moral. Beiträge zu einer Ethik des Ungeborenen*, Mainz 1985

²⁵ Zob. *C. Breuer*, *Person von Anfang an? Der Mensch aus der Retorte und die Frage nach dem Beginn des menschlichen Lebens*, Paderborn-München-Wien-Zürich 1995, s. 189, przyp. 26.

²⁶ Czasami próbuje się uzasadnić i usankcjonować eugenizm wskazując na fakt, iż nawet starożytny świat znał praktyki eugeniczne. Platon np. przypisuje w swojej „Politei” państwu prawo eliminowania słabych męskich noworodków. Jednak fakt ten nie jest żadnym uzasadnieniem polityki selekcjonowania nienarodzonych. Zob. *P. Schotsmans*, *Schöne neue Welt – zum Greifen nahe? Die Herausforderung der Ethik durch die Genetik*, w: *Concilium* (D) 25 (1990), z. 3, 352-253.

²⁷ Zob. *A. Eser*, *Humangenetik: rechtliche und sozialpolitische Aspekte*, w: *J. Reiter / U. Theile* (wyd.), *Genetik und Moral*, s. 133n.

nie dopuszczalna, gdy przyświeca jej cel terapeutyczny, tzn. gdy ma ona na celu rozpoznanie choroby i zastosowanie odpowiedniej terapii.²⁸ Nie sposób wprawdzie przeoczyć faktu, iż jeszcze stosunkowo niewiele chorób pochodzenia genetycznego można skutecznie leczyć w fazie przedporodowej.²⁹ Liczba ta jednak stale wzrasta. Możliwości terapii płodu sięgają od terapii pośredniej, polegającej na podawaniu medykamentów poprzez matkę, poprzez bezpośrednią terapię płodu a nawet transfuzję krwi przez pępowinę, aż po bezpośrednie zabiegi na dziecku w łonie matki.³⁰

Istnieją choroby (np. niektóre anomalie jelit i przepony), które mogą być skutecznie leczone jedynie bezpośrednio po urodzeniu, przez zastosowanie np. odpowiedniej diety. Wykrycie anomalii płodu w ramach badań prenatalnych umożliwia wybór takiego miejsca porodu, gdzie istnieją możliwości dokonania odpowiednich zabiegów. W wypadku np. bliźniąt syjamskich czy też innych poważnych schorzeń można w znacznym stopniu zwiększyć ich szanse, przeprowadzając przed pojawieniem się bólów porodowych cesarskie cięcie.³¹ Tam, gdzie prognoza dla dziecka jest bardzo niekorzystna, tzn., gdzie cierpi ono na choroby, prowadzące przed, w czasie lub po urodzeniu nieuchronnie do śmierci, diagnostyka prenatalna może pozwolić oszacować i zmniejszyć ryzyko dla życia matki.

W wielu przypadkach celem diagnostyki prenatalnej jest uspokojenie rodziców, którzy obawiają się, iż poczęte przez nich dziecko jest upośle-

²⁸ Stanowisko Kościoła wobec diagnostyki prenatalnej sformułowane zostało w Instrukcji Kongregacji Doktryny Wiary "O szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i godności jego przekazywania" *Donum vitae* z 22.02.1987: "Jeśli diagnostyka przedporodowa uszanuje życie i integralność embrionu lub płodu ludzkiego oraz dąży do jego zabezpieczenia lub indywidualnego leczenia" jest ona określona jako moralnie dopuszczalna (zob. *K. Szczygiel* (red.), *W trosce o życie*, dz. cyt., s. 367).

²⁹ Zob. *T. M. Schroeder-Kurth*, *Die Bedeutung von Methoden, Risikoabwägung und Indikationsstellung für die pränatale Diagnostik*, dz. cyt., s. 88.

³⁰ *J. Wisser*, *Die vorgeburtliche Ultraschalldiagnostik – Ziel und Aufgabe*, w: *Deutsche Bischofskonferenz/ Evangelische Kirche in Deutschland* (wyd.), *Jedes Kind ist lebenswert*, 13.

³¹ Tenże, 12.

dzone.³² Badania prenatalne w większości przypadków wykluczają zaistnienie upośledzenia płodu. Mogą one w ten sposób odciążyć pacjentki ze zwiększonym stopniem ryzyka (powyżej 35 lat), które kiedyś musiały czekać aż do momentu porodu, aby stwierdzić zaistnienie czy też brak upośledzenia.³³ Przeprowadzenie badań prenatalnych w celu uwolnienia rodziców, szczególnie matki od bardzo poważnego obciążenia psychicznego nie może być stawiane na równi z czystą ciekawością. Stan psychiczny matki wpływa w znacznym stopniu już przed urodzeniem na rozwijające się dziecko i na więź między matką a dzieckiem. Badania w dziedzinie psychologii prenatalnej dostarczyły w tej dziedzinie bardzo wnikliwych informacji. Również w przypadkach, gdy podejrzenie anomalii w rozwoju płodu jest bardzo wysokie, badania prenatalne, kończące się diagnozą pozytywną, tzn. potwierdzeniem istnienia anomalii w rozwoju płodu, mogą służyć etycznie dobremu celowi, mianowicie pomóc rodzicom w przygotowaniu się na trudne zadania urodzenia i wychowania chorego czy upośledzonego dziecka. Tam, gdzie diagnoza wykaże wysokie prawdopodobieństwo śmierci dziecka po urodzeniu lub w czasie porodu, rodzice dziecka mają czas, aby przygotować się na rozstanie z ich dzieckiem bezpośrednio po urodzeniu.³⁴

Nie brak jednak również głosów krytycznych wobec takiego formułowania etycznie dozwolonych celów diagnostyki prenatalnej. Kobieta, która nie akceptuje bezwarunkowo poczętego życia, lecz czeka z jego akceptacją na wynik badań prenatalnych, przeżywa swego rodzaju „ciążę na próbę”. Miłość, czułość wobec dziecka i radość z jego istnienia są tłumione do momentu uzyskania wyniku diagnozy. Taka „uczuciowa

³² Zob. *J. Reiter*, *Menschliche Würde und christliche Verantwortung*, *Bedenkliches zu Technik, Ethik, Politik*, Kevelaer 1989, s. 37.

³³ W 97% przypadków wynik badań w ramach diagnostyki prenatalnej jest negatywny, tzn. badanie nie stwierdza anomalii, co może ogromnie odciążyć rodziców. Zob. *A. Auer*, *Kindliche Indikation zum Schwangerschaftsabbruch aus ethischer Sicht*, dz. cyt., 188; zob. też *H. Wattiaux*, *Génétique et fécondité humaines*, dz. cyt., 67).

³⁴ Zob. *J. Wisser*, *Die vorgeburtliche Ultraschalldiagnostik*, dz. cyt. 13.

akrobatyka” nie sprzyja ani dobremu rozwojowi dziecka, ani też przeżywaniu ciąży, jako ważnego i pięknego okresu w życiu. Dlatego nie brak głosów, zachęcających kobiety, do bezwarunkowego zaakceptowania dziecka, zamiast poddawania się uczuciowo obciążającej procedurze badań prenatalnych.

4. Wnioski końcowe

Przedstawione wyżej aspekty diagnostyki prenatalnej pokazały jej ambiwalencję. W zależności od stopnia ryzyka poszczególnych metody, jak i celu, jaki przyświeca przeprowadzeniu badań, mogą one być zarówno etycznie dopuszczalne, jak i wysoce niemoralne, gdy łączą się z wysokim zagrożeniem życia dziecka lub z zamiarem dokonania aborcji, gdy wyniki badań wykażą istnienie anomalii. Jedno jest pewne: Rodzice decydujący się na przeprowadzenie badań prenatalnych, wykraczających poza rutynowe badania w trakcie ciąży, muszą sobie jasno zdawać sprawę, na co się decydują i czy na pewno są w stanie unieść ciężar pozytywnej diagnozy. Na pewno istnieje „prawo do niewiedzy” w tej dziedzinie, polegające na zrezygnowaniu z przeprowadzenia czasami niebezpiecznych zabiegów w ramach badań prenatalnych, gdy rodzice zdecydowali się na przyjęcie dziecka tak zdrowego, jak i chorego. Nikt nie może sobie rościć prawa do formułowania cezury między życiem wartościowym a bezwartościowym, czego konsekwencją byłoby odmówienie części społeczeństwa, ludziom upośledzonym i chorym, prawa do życia i do godności. Za takimi poglądami stoi często wizja człowieka, która jego wartość i godność pragnie uzależnić od stopnia jego niezależności, przydatności dla społeczeństwa lub też zdolności do pełnego korzystania z życia. W tym kontekście pojawia się też inne pytanie, mianowicie pytanie o definicję choroby. Kto twierdzi, że jedynie zdrowe dzieci mają prawo do przyjścia na świat, musi zdefiniować pojęcie zdrowia i choroby, co jest związane z tak wieloma faktoremami, iż staje się wręcz niemożliwe. Nie ma czegoś takiego, *jak godność zdrowego i silnego*, istnieje jedynie *godność człowieka*.

Z pewnością nie sposób zakwestionować pragnienia rodziców, aby ich dziecko urodziło się zdrowe. Nie sposób też bagatelizować faktu, jak trudnym wyzwaniem dla rodziców może być perspektywa wydania na świat i wychowania dziecka upośledzonego. Jednak to właśnie społeczeństwo i państwo ma obowiązek przyjscia z szeroką pomocą rodzinom, które wychowują dzieci upośledzone i chore. Zdobycze medycyny i techniki, które mają służyć życiu człowieka, nie mogą zostać nadużyte w służbie mentalności eugenicznej.

Ks. Marian Machinek MSF

Krystyna Maria Suwiczak

CHCĘ UMRZEĆ MOJĄ WŁASNĄ ŚMIERCIA...

„Tak jak dokonam wyboru okrętu, mając wyruszyć w podróż morską, albo wybiorę dom mając w nim zamieszkać, podobnie wybrałbym rodzaj śmierci, mając w nim zamieszkać, podobnie wybrałbym rodzaj śmierci, mając odejść z życia” – napisał starożytny filozof – SENEKA.

Ale czy w ogóle istnieje prawo do śmierci? Czy człowiek może sobie sam wybrać ten moment?

Pośród ciężko chorych, raz po raz, słyszy się zdanie: „Boję się cierpienia, nie zaś śmierci”. Konsekwencją tegoż jest coraz to szersze propagowanie eutanazji, której odmian stosowanych już w praktyce, nie sposób wyliczyć.

Niektórzy kategorycznie twierdzą, że istnieje prawo do własnej śmierci i w różnych krajach istnieją już i tworzą się korporacje dla legalizacji eutanazji. Na dość szeroką skalę propagowana jest ona i praktykowana nagminnie w Wielkiej Brytanii, Holandii, Danii, Francji. Chociaż – za działanie eutanatyczne, lekarz traci dyplom i skazywany bywa na karę więzienia. Prawdopodobnie też – tylko część chorych i ich rodzin sama