

ks. Jarosław Wojtkun, Radom

ETYCZNE ASPEKTY BADAŃ PRENATALNYCH

Wprowadzenie

Badania prenatalne są „rodzajem analizy dokonywanej na płodzie ludzkim w okresie ciąży w celu dokonania wglądu w proces jego wzrostu oraz dla zdiagnozowania ewentualnych patologii chorobowych i wad rozwojowych”¹.

Zasadniczym wątkiem towarzyszącym moralnej ocenie badań prenatalnych jest zjawisko tzw. aborcji eugenicznej, czyli decyzji fizycznej eliminacji nie narodzonego upośledzonego dziecka. Zanim przejdziemy do szczegółowego omówienia etycznych aspektów badań prenatalnych, dokonamy pobieżnego zilustrowania niektórych elementów kontekstu społeczno-kulturowego, które leżą u podstaw pojawienia się zjawiska fizycznej eliminacji upośledzonych nie narodzonych dzieci.

Pomocne dla wypracowania oceny etycznej badań prenatalnych będzie również omówienie niektórych aspektów technicznych omawianych praktyk, i to wypełni drugą część niniejszego artykułu, aby w trzeciej części przedstawić podstawowe rozstrzygnięcia związane z etycznymi aspektami badań prenatalnych, zarówno od strony kobiety ciężarnej jak też przeprowadzającego je lekarza ginekologa.

I. Kontekst społeczno-kulturowy zjawiska fizycznego eliminowania nie narodzonych dzieci z upośledzeniem umysłowym

Pojawienie się zjawiska fizycznej eliminacji dzieci nie narodzonych, u których wykryto w wyniku badań prenatalnych jakąś postać upośledzenia umysłowego, należy usytuować w kontekście wprowadzonego do obiegu pojęcia jakości życia. Pojęcie „jakość życia” jest produktem cywilizacji, w której o przypisaniu życiu jego wartości decydują takie kategorie jak: dobrobyt, sprawność fizyczna, dobre samopoczucie, wydajność umysłowa, choć temu wszystkiemu towarzyszy paradoksalne zjawisko obecności w społeczeństwie ludzi nieszczęśliwych, choć w pełni sił fizycznych i psychicznych².

Takie rozumienie wartości życia może prowadzić do zanegowania prawa do życia tych jednostek ludzkich, które nie spełniają wyżej nakreślonych kryteriów jego jakości. Widzi się wówczas w chorym dziecku źródło społecznych obciążeń, znacznych kosztów finansowych oraz trudności, z jakimi będzie wiązało się objęcie takich dzieci specjalistyczną opieką. Fizyczna eliminacja upośledzonych dzieci, nazywana też aborcją eugeniczną lub selektywną, bywa więc niejednokrotnie wynikiem działania kierującego się nie tyle względem na dobro dziecka co względem na dobro *własne*, jest więc próbą wczesnego wyeliminowania nie tyle przyszłych cierpień dziecka, co pozbyciem się ciężaru, jaki obecność niepełnosprawnego dziecka przyniesie rodzinie i społeczności. Choć pozostaje faktem, że perspektywa spędzenia życia przy upośledzonym dziecku może być z całą oczywistością określona mia-

nem heroizmu. Pozbycie się problemu nie może jednak polegać na fizycznej eliminacji osoby, która jest jego przyczyną.

II. Aspekty techniczno-medyczne badań prenatalnych

1. Opis ogólny stosowanych technik

Istnieje pewna różnorodność technik prowadzenia badań prenatalnych, które możemy podzielić zasadniczo na dwie grupy, według stopnia bezpośredniości kontaktu z żyjącym płodem, czyli według współczynnika tzw. inwazyjności, inaczej - urazowości danej techniki.

Do grupy technik, które nie mają charakteru inwazyjnego, stąd nie wiążących się z żadnym bezpośrednim zagrożeniem dla integralności i życia płodu, należą: badanie krwi matki pod względem poziomu *alfa-fetoproteiny* oraz *ultrasonografia* (w skrócie USG)³. Przeprowadza się takie badanie przy pomocy sondy wysyłającej ultradźwięki, które po odbiciu się od cielesnej powierzchni płodu, tworzą obraz pozwalający na wgląd w niektóre elementy dotyczące nie narodzonego dziecka jak: wiek rozwoju płodowego, usytuowanie w łonie matki, ewentualna obecność bliźniąt jak też wczesne wykrycie pewnych anomalii o charakterze zewnętrznym, a nawet dotyczących wewnętrznych struktur płodu (należą do nich na przykład wczesne zdiagnozowanie zaburzeń w pracy serca czy niewydolności nerek). Technika ta, dzięki możliwości wczesnego wykrycia wspomnianych zaburzeń, stwarza możliwości usunięcia ich bezpośrednio po urodzeniu, lub nawet, zgodnie z podejmowanymi już dzisiaj działaniami, podjęcia leczenia jeszcze w łonie matki.

Możemy wyliczyć inne jeszcze pozytywne strony prenatalnego badania ultrasonograficznego, a wśród nich:

- urealnienie obecności dziecka w percepcji rodziców,
- psychologiczna intensyfikacja doświadczenia obecności płodu jako autonomicznego bytu ludzkiego,
- pogłębione przywiązanie matki do dziecka oraz ogólne uspokojenie co do jego stanu zdrowia⁴.

Do podstawowych ograniczeń metody USG należy jednak niemożność wykrycia schorzeń natury chromosomicznej i genetycznej. Inną niedogodnością jest fakt, że wiele anomalii rozwojowych płodu można wykryć przy pomocy badań prenatalnych dopiero po 18-20 tygodniu ciąży⁵.

Druą grupą metod stosowanych w badaniach prenatalnych posiada już charakter inwazyjny. Towarzyszy tym metodom zawsze mniejsze lub większe niebezpieczeństwo naruszenia integralności fizycznej płodu, a nawet jego życia. Do tej grupy metod należą: *amniopunkcja*, *fetoskopia*, *biopsja kosmówki*, badanie krwi płodu. Dziwić więc może fakt, że przy relacjach prasowych dotyczących debat parlamentarnych na temat dopuszczalności badań prenatalnych toczonych w miesiącach przedwakacyjnych 1999 roku panowała tajemnicza zmowa milczenia, dotycząca wątku zagrożeń dla życia poczętego dziecka oraz ciężarnej matki, z jakimi wiążą się owe badania⁶.

Obecność zagrożeń na jakie wystawiony jest płód ludzki, a nawet sama matka na skutek badań o charakterze inwazyjnym sprawia, że zastosowanie tego rodzaju metod implikuje z konieczności usytuowanie ich w perspektywie kryteriów etycznych i to nie tylko z powodu ich ewentualnego epilogu wyrażającego się w decyzji dokonania aborcji w razie potwierdzenia przypuszczeń o upośledzeniu dziecka.

Najczęściej stosowaną metodą badań prenatalnych o charakterze inwazyjnym jest tzw. *amniopunkcja*, możliwa do zastosowania między 15-18 tygodniem ciąży⁷. Polega ona na pobraniu specjalną igłą, wprowadzoną do wnętrza macicy poprzez jamę brzuszną, próbki płynu owodniowego, który zawiera informacje genetyczne na temat ewentualnych chorób genetycznych i schorzeń chromosomicznych takich jak:

- nieprawidłowości połączone z chromosomem płciowym,
- trisomia 21, zwana inaczej Zespołem Downa, charakteryzująca się opóźnieniem rozwoju umysłowego oraz pewnymi zewnętrznymi zmianami,
- zespół Edwardsa, o znacznie gorszych rokowaniach związanych z większym jeszcze upośledzeniem umysłowym, poważniejszymi zniekształceniami, czemu towarzyszą poważne wady wewnątrzustrojowe, jak uszkodzenie nerek, serca, wątroby, co sprawia, że dotknięte tą chorobą dzieci umierają jeszcze przed 6 miesiącem życia,
- jeszcze tragiczniejsze przypadki Zespołu Patu, Turnera i kilka innych zespołów, gdzie dzieci z reguły umierają w pierwszych dniach po urodzeniu.

Niebezpieczeństwo przedwczesnej śmierci będącej bezpośrednim skutkiem zastosowania metody *amniopunkcji*, waha się, według danych zawartych w literaturze, od 1-2% procent⁸. Jak stwierdza Karta Pracowników Służby Zdrowia opracowana w 1995 przez Papieską Radę ds. Służby Zdrowia – taki stopień ryzyka można zaakceptować⁹. Nie zmienia to jednak zasady, że w związku z ryzykiem spontanicznego poronienia, aczkolwiek niskiego i do zaakceptowania, stosowanie *amniopunkcji* powinno być ograniczone wyłącznie do przypadków, w których istnieje uzasadniona nadzieja uzyskania proporcjonalnie dużej korzyści dla zdrowia płodu.

Większy współczynnik niebezpieczeństwa dla integralności płodu przedstawiają pozostałe metody o charakterze inwazyjnym, takie jak *biopsja kosmówki* (ok. 3% współczynnik niebezpieczeństwa)¹⁰ czy *fetoskopia* polegająca na pobraniu próbki z membrany otaczającej płód, której kod genetyczny odpowiada kodowi poczętego organizmu ludzkiego. Dokonuje się to przy pomocy nakłucia specjalną igłą wprowadzoną do jamy brzusznej. Otrzymana w ten sposób próbka stanowi materiał do analizy prowadzonej w laboratorium, w celu ewentualnego potwierdzenia obecności chorób genetycznych i zaburzeń chromosomicznych wyszczególnionych powyżej. Metodzie tej towarzyszy stosunkowo wysoki współczynnik śmiertelności płodu ludzkiego; kształtuje się on, w zależności od danych pochodzących z różnych źródeł, na poziomie od 4-5% do nawet 10%¹¹.

Niewątpliwą zaletą tej metody w stosunku do omówionej powyżej *amniopunkcji* jest możliwość dokonania badania stosunkowo wcześniej, bowiem już między 8-10 tygodniem ciąży, co czyni, jak mawiają niektórzy autorzy, „mniej traumatyczną” decyzję ewentualnej aborcji. Oto co na ten temat czytamy w artykule pioniera tej metody na terenie Włoch, B. Brambatiego: „Metoda ta pozwala na wykrycie ewentualnych schorzeń już w pierwszym trymestrze ciąży, co wiąże się z możliwością zredukowania psychologicznego i społecznego ciężaru kobiety dokonującej aborcji dopiero w drugim trymestrze. Oto w pierwszym trymestrze produkt poczęcia nie przedstawia się jeszcze w fantazji kobiety ciężarnej jako konkretnie ukształtowany autonomiczny byt, którym staje się stopniowo na skutek odczuwanych ruchów płodu”¹². Zauważmy do jakiego poziomu zostaje tutaj sprowadzone traktowanie poczętego dziecka – przypisywanie mu statusu autonomicznego bytu ludzkiemu staje się u cytowanego autora produktem będącym jakąś wypadkową procesów dokonujących się jedynie w fantazji matki. Rzecz nie domaga się dalszego komentarza.

Trzecią formą badań prenatalnych należących do grupy metod o charakterze urazowym należy *fetoskopia*. Polega ona na wprowadzeniu do woreczka płodowego specjalnej sondy wyposażonej we włókna optyczne i pozwalającej na stosunkowo precyzyjną obserwację poszczególnych części płodu. Metoda ta pozwala na dokładne określenie miejsca pojawienia się anomalii rozwojowej, ujawnionej wcześniej w wyniku badań ultrasonograficznych w celu podjęcia natychmiastowych działań terapeutycznych po urodzeniu, a nawet jeszcze w okresie ciąży. Możliwe jest również pobranie specjalnymi szpiczycami, w które wyposażona jest sonda, próbki tkanki płodowej do analizy laboratoryjnej pod kątem ewentualnej obecności chorób genetycznych. Badania tą metodą prowadzone są między 18-20 tygodniem ciąży, a ich stopień zagrożenia śmiercią płodu oscyluje między 2% – 8%, w zależności od stopnia specjalizacji prowadzącego badania¹³.

2. Wskazania medyczne

Biorąc pod uwagę fakt, że badaniom prenatalnym towarzyszy zawsze (z wyjątkiem badania ultrasonograficznego) mniejszy lub większy element ryzyka na jakie wystawione jest zdrowie i życie płodu, ich etyczna dopuszczalność uwarunkowana jest istnieniem uzasadnionych racji, objętych terminem tzw. „wskazań medycznych”. Istnienie takich wskazań stwierdza się na podstawie przeprowadzonej wcześniej konsultacji ze specjalistą genetykiem, który wydaje opinię na temat celowości czy też konieczności podjęcia takich badań, w wypadku zaistnienia prawdopodobieństwa pojawienia się patologii genetycznej czy chromosomicznej. Nartomiast w sytuacji braku istnienia rzeczywistych wskazań medycznych, poddanie się badaniom prenatalnym o charakterze urazowym należy uznać za poważny brak odpowiedzialności moralnej kobiety ciężarnej i nadużycie na polu deontologii medycznej ze strony lekarza.

Lista wskazań uzasadniających poddanie się badaniom prenatalnym została opracowana na Międzynarodowym Kongresie w Quebec w Kanadzie w 1979 roku poświęconym właśnie temu zagadnieniu. Należą do nich:

1. Wiek matki przekraczający 35 lat. Okazuje się, że ryzyko zaistnienia chorób związanych z patologią chromosomiczną rośnie wraz z wiekiem matki, która przekroczyła 35 rok życia. W terminach statystycznych rzecz przedstawia się następująco: u kobiet w wieku 35-36 lat istnieje 0,9% ryzyka pojawienia się anomalii na tle zaburzeń w systemie chromosomów dziecka, aby u kobiet w wieku 45 lat osiągnąć 5-8%¹⁴, choć nie wszyscy autorzy są zgodni co do rzeczywistego wpływu wieku matki na stopień prawdopodobieństwa pojawienia się chorób genetycznych dziecka. I tak dla przykładu, badania prowadzone przez amerykańskiego naukowca P. A. Baird z Vancouver wykazują, że „jedynie 3 z 43 możliwych kategorii patologii rozwojowych ludzkiego płodu należy wiązać z wiekiem matki”¹⁵.

2. Obecność wśród rodzeństwa dziecka dotkniętego już syndromem Downa, czyli tzw. chorobą mongolizmu. Znowu w terminach statystycznych takie zagrożenie obliczono na 1,4%¹⁶.

3. Sytuacja jednego z rodziców dotkniętego określonymi postaciami zaburzeń w systemie chromosomów. Jeżeli rzecz dotyczy matki, zagrożenie, że dziecko urodzi się chore wynosi od 12-16%¹⁷

To wyliczenie ma jedynie przykładowy charakter; chcąc podać wszystkie wskazania, a w literaturze można by sprowadzić je przynajmniej do dziewięciu¹⁸, zeszlibyśmy z terenu etycznego na pole specyficznie medyczne.

Na pewno nie uznamy jednak za wskazanie medyczne motywu poddania się diagnostyce podyktowanego pragnieniem poznania płci dziecka. „Samo zaspokojenie ciekawości rodziców co do płci dziecka nie stanowi dostatecznej racji, by wystawiać dziecko nawet na najmniejsze ryzyko, jakie wiąże się z inwazyjnymi technikami diagnostyki prenatalnej”¹⁹ Nie oznacza to oczywiście, że w każdym wypadku diagnostyki rodzice dążą do tego. Jeżeli wierzyć statystykom, aż 50% rodziców nie chce znać płci swego dziecka przed jego urodzeniem²⁰.

Dla zamknięcia tej części naszego omówienia poświęconego przedstawieniu aspektów technicznych prowadzenia badań prenatalnych dodajmy, że nie istnieje dzisiaj taka technika, która gwarantowałaby 100-procentową pewność potwierdzenia niepomyślnych wyników w momencie narodzin dziecka. Istnieją udokumentowane przypadki urodzenia się dzieci zdrowych wbrew pozytywnym (czyli potwierdzającymi ewentualność upośledzenia) wynikom diagnostyki²¹. Przyjmuje się ok. 5-8 procentowy margines błędu, co sprawia, że podjęta ewentualnie decyzja aborcji na dziecku, które miałyby urodzić się chore, może w rzeczywistości oznaczać zabicie zdrowego dziecka²². Ten procent jest jeszcze wyższy w przypadku chorób związanych z patologią genową dziecka poczętego, gdzie dziecko będąc jedynie nosicielem genu patologicznego nie musi urodzić się z zewnętrznymi objawami choroby. „Dotyczy to szczególnie patologii chromosomu płci, gdzie na podstawie prawa dziedziczenia Mendla wiadomo, że prawdopodobieństwo zachorowania wynosi 50%, co jednocześnie oznacza, że w tym przypadku aborcja selektywna w 50% może dotyczyć dzieci zdrowych”²³.

Wobec faktu rzeczywistej możliwości popełnienia błędu diagnostycznego trudno jest zrozumieć istniejące rzekomo w Stanach Zjednoczonych sytuacje zasądzenia lekarza na płacenie wysokich odszkodowań rodzicom upośledzonego dziecka za to, że nie doradził przeprowadzenia badań prenatalnych, będących preludium do aborcji, skazując tym samym rodziców na „nieudane i smutne życie” (*wrongful, sorrowful life*)²⁴.

3. Możliwości terapeutyczne

Rzeczowe omówienie aspektów etycznych badań prenatalnych domaga się jeszcze wcześniejszego zarysowania kwestii możliwości terapeutycznych w odniesieniu do patologii ujawnionych w wyniku tychże badań. Zdobyte wiedzy medycznej na terenie badań prenatalnych winny stawiać sobie ten właśnie cel: jak najwcześniejsza diagnoza patologii rozwojowych organizmu dziecka w celu przywrócenia zdrowia, o ile jest to naturalnie możliwe. Zacznijmy od oczywistego stwierdzenia, niezbędnego jednak dla całości panoramy problemu, że „w odniesieniu do anomalii natury genetycznej i chrosomicznej nie istnieją dzisiaj żadne możliwości leczenia”²⁵.

Inaczej rzecz przedstawia się w odniesieniu do stanów patologicznych natury somatycznej i organicznej płodu. Ich wczesne wykrycie pozwala na podjęcie terapii natychmiast po urodzeniu lub nawet jeszcze w łonie matki, zgodnie z dokonaniem dzisiejszej medycyny. Do najczęściej spotykanych należą tutaj: zaburzenia w pracy serca, przepuklina, niewydolność nerek, zakażenie wirusem różyczki oraz nadmiar wody w mózgu dziecka. Nie bez powodu dokonaliśmy tutaj szczegółowego wyliczenia najczęściej spotykanych patologii, gdyż należą one do tej kategorii schorzeń, które są doskonale widoczne już przy prostym badaniu ultrasonografem, bez konieczności odwoływania się do tych metod badań prenatalnych, z którymi związane jest zagrożenie dla życia płodu²⁶.

Niezrozumiałe stają się zatem alarmistyczne wypowiedzi prasowe na temat sejmowych debat toczonych w przedwakacyjnych miesiącach 1999 roku, dotyczących

propozycji ewentualnego ograniczenia dostępu do badań prenatalnych, gdyż nie są one sprowadzalne jedynie do *amniopunkcji*²⁷. Nie należy przypisywać tej metodzie charakteru wyłączności na stwierdzanie obecności zaburzeń pracy serca czy nerek, gdyż są one możliwe do zaobserwowania już przy pomocy ultrasonografu, zupełnie wolnego od zagrożeń dla życia dziecka. Nie będąc jednak specjalistami w dziedzinie medycyny nie możemy zbyt autorytatywnie przypisywać metodzie ultrasonograficznej zdolności wykrywania wszystkich schorzeń możliwych do ujawnienia jedynie za pomocą *amniopunkcji*. *Amniopunkcja* może więc stanowić w pewnych wypadkach jedyny środek pozwalający na ujawnienie takich czy innych anomalii, w celu podjęcia ewentualnego leczenia²⁸. Motywacja terapeutyczna będzie w tym wypadku sytuowała decyzję poddania się badaniom prenatalnym w zupełnie innej perspektywie etycznej niż ta, która podyktowana jest hipotezą ewentualnej aborcji. Mamy tutaj do czynienia z właściwym rozłożeniem proporcji, jaka zachodzi między ryzykiem tej metody a jej koniecznością i użytecznością. Dysponujemy w tej materii wypowiedzią Jana Pawła II, który w swoim przemówieniu do uczestników Kongresu Ruchu na Rzecz Życia dnia 4 grudnia 1982 tak nauczał: „Lekarz powinien przede wszystkim uważnie ocenić ewentualne konsekwencje negatywne, które może mieć dla płodu ludzkiego użycie określonej techniki badań i będzie unikał użycia takich metod rozpoznawczych, co do których celowości i nieszkodliwości nie posiada wystarczających gwarancji. A jeśli, co zdarza się często w ludzkim wyborze, jakiś stopień ryzyka trzeba będzie podjąć, postara się on wtedy sprawdzić, czy będzie ono równoważone z realną koniecznością badań i ważkością wyników z niej otrzymanych dla pożytku całego płodu”²⁹

Łatwo dostrzec w tej wypowiedzi klasyczne zestawienie współczynników ryzyka i korzyści, gdzie kategoria korzyści obejmuje naturalnie realne możliwości terapeutyczne dziecka dotkniętego chorobą. Jest to okoliczność, która nie może być pominięta przy moralnej ocenie decyzji o poddaniu się badaniom prenatalnym. Ta właśnie kwestia moralnej oceny stanowić będzie teraz przedmiot trzeciej części niniejszego artykułu.

III. Aspekty etyczne problemu badań prenatalnych

Podjęcie problemu etycznych aspektów badań prenatalnych domaga się wcześniejszego sprecyzowania fundamentalnego założenia o niepodważalnej wartości i nienaruszalności życia ludzkiego już od pierwszej chwili poczęcia. Posłuży temu celowi przypomnienie niektórych podstawowych danych, jakie przynosi dzisiejsza nauka na temat statusu ludzkiego embrionu. Zwrócimy również uwagę na sytuacje, w jakich może znaleźć się lekarz ginekolog i towarzyszące tym sytuacjom ciężące na nim obowiązki etyczne.

1. Status ludzkiego embrionu

Podstawową informacją, jaką przynosi dzisiejsza genetyka, jest fakt, że w momencie zapłodnienia obydwie gamety rodziców tworzą nowy żywy byt biologiczny, zygotę, która zawiera w sobie całkiem odmienny od rodziców zindywidualizowany program genetyczny, nowe indywidualne życie. Nowy program genetyczny wpisany jest w 23 pary chromosomów, posiadające cechy genetyczne właściwe jedynie osobnikom należącym do rodzaju ludzkiego. Nie istnieje żadna wątpliwość na terenie nauki co do całkowitej odmienności programu genetycznego nowego organizmu od programu

genetycznego rodziców. Embrion posiada więc biologicznie zdefiniowaną ludzką indywidualność, która będzie się rozwijała z ogromną dynamiką według programu genetycznego zaktywizowanego w samym momencie poczęcia³⁰.

Należy zatem stwierdzić, że życie zainicjowane w chwili poczęcia jest życiem indywiduum ludzkiego. Wszystkie cechy organizmu ludzkiego, ujawnione w momencie przyjścia na świat nowego dziecka, są już genetycznie obecne od pierwszej chwili zaistnienia poczętego organizmu³¹.

Stwierdzamy więc, że embrion ludzki jest tym samym indywiduum ludzkim, którym był w chwili poczęcia, stąd należą mu się te same prawa, które przynależą każdej osobie ludzkiej, w tym niekwestionowane prawo do życia. Czytamy na ten temat w Katechizmie Kościoła Katolickiego: „Życie ludzkie od chwili poczęcia powinno być szanowane i chronione w sposób absolutny. Już od pierwszej chwili swego istnienia istota ludzka powinna mieć przyznane prawa osoby, wśród nich nienaruszalne prawo do życia” (2270).

2. Zasady regulujące dopuszczalność etyczną badań prenatalnych

W świetle przedstawionych powyżej stwierdzeń na temat tożsamości praw przyśługujących embrionowi z prawami osoby należy uznać za dopuszczalne etycznie te badania prenatalne, które mają za cel poddanie wczesnej terapii ewentualnych patologii i schorzeń płodu ludzkiego. „Zarówno kobieta prosząca o poddanie diagnozie swojej ciąży, jak i lekarz przeprowadzający badanie – czytamy w Karcie Pracowników Służby Zdrowia Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia z 1995 r. - winni pamiętać o celu diagnozy, którym jest zawsze dobro matki i dziecka. Cel ten zakłada późniejszą możliwość podjęcia interwencji terapeutycznych”, jak też „zapewnienie poczucia bezpieczeństwa kobiecie, która przeżywa obawę o to, czy jej ciąża nie jest obciążona deformacją i nosi się z intencją dokonania aborcji”³² (61).

Zasadą porządkującą dopuszczalność badań wiążących się nawet z ryzykiem dla życia i integralności fizycznej płodu jest proporcjonalność wspomnianego ryzyka z realną szansą przywrócenia mu zdrowia; innymi słowy: zagrożenie jakie towarzyszy badaniom prenatalnym nie może być większe od spodziewanego dobra płodu ludzkiego. Dlatego należy „przede wszystkim – mówił Jan Paweł II do Uczestników Kongresu *Ruchu na Rzecz Życia* w 1982 r. – uważnie ocenić ewentualne negatywne skutki, jakie niezbędne użycie określonej techniki badania może wyrzucić na płód i uniknąć stosowania takich metod diagnostycznych, co do których uczciwej celowości i zasadniczej nieszkodliwości nie posiadałoby się wystarczających gwarancji” „W konsekwencji – czytamy w Instrukcji *Donum vitae* Kongregacji Nauki Wiary – taka diagnoza jest dopuszczalna, jeśli stosowane metody, za zgodą dobrze poinformowanych rodziców, chronią życie i integralność płodu i jego matki, nie narażając ich na nieproporcjonalne ryzyko... Diagnoza prenatalna sprzeciwia się poważnie prawu moralnemu, gdy w zależności od wyników prowadzi do przerywania ciąży. Badania stwierdzające istnienie jakiejś deformacji płodu lub choroby dziedzicznej nie powinny pociągać za sobą wyroku śmierci”³³.

Dodajmy słowo uzupełnienia do zawartego w cytowanym fragmencie warunku dotyczącego zgody rodziców. Zgoda ta powinna zostać wyrażona przez rodziców wyczerpująco poinformowanych odnośnie do sensu zabiegu, wielkości ryzyka z nim związanego oraz spodziewanych korzyści terapeutycznych. Jest to zresztą wymóg sformułowany w zaleceniach Rady Europy w 1991 r.³⁴

Wspomniana w Instrukcji Kongregacji Nauki Wiary sytuacja, w której wynik badań prenatalnych potwierdzających upośledzenie dziecka wiąże się z poważnie traktowaną perspektywą aborcji, przywołuje kolejny problem natury etycznej: jaką postawę powinien przyjąć lekarz ginekolog poproszony o przeprowadzenie badań?

Możemy wyróżnić tutaj dwie możliwe sytuacje. Pierwsza to ta, w której lekarz wie, że kobieta prosząca o poddanie się badaniom prenatalnym wiąże ich ewentualny niepomyślny wynik z perspektywą dokonania aborcji. Mamy wówczas do czynienia z sytuacją tzw. współdziałania formalnego w grzechu drugiej osoby, niedopuszczalnego tam, gdzie materią grzechu jest czyn wewnętrznie zły, a do takich należy niewątpliwie zabicie nie narodzonego dziecka. „Lekarz byłby wirułem współpracy w złym czynie - precyzuje cytowana już Karta Pracowników Służby Zdrowia - jeśli miałby świadomość, że przez przeprowadzoną przez siebie diagnozę prenatalną i informację o jej wyniku przyczynia się do zaistnienia związku pomiędzy diagnostyką prenatalną a aborcją”

Aborcja jest tutaj wprawdzie bezpośrednim wynikiem decyzji kobiety; jednak działanie lekarza staje się *tożsame* z aborcyjną intencją kobiety, wpisując się praktycznie w łańcuch faktów, których logiczne następstwo prowadzi do zabicia poczętego dziecka. Diagnostyka prenatalna i zabicie dziecka stanowią wtedy jeden czyn moralny złożony objęty jedną, wzajemnie tożsamą intencją³⁵. Jeżeli zatem ginekolog nie ma wątpliwości odnośnie do aborcyjnych planów kobiety, zgoda na przeprowadzenie badań prenatalnych staje się etycznie niedopuszczalna.

Częściej spotykaną sytuacją jest ta, w której lekarz nie wie jaka jest intencja kobiety proszącej o badania. Jeżeli z tonacji prowadzonych rozmów nie ma powodów do podejrzeń o zamiar dokonania aborcji trudno jest tutaj chyba obciążać lekarza obowiązkiem wyraźnego przepytывania matki o taką ewentualność³⁶. Zaznaczmy jednak, że nie wszyscy moralisci skłonni są dyspensować lekarza z obowiązku postawienia kobiecie wyraźnych pytań o jej reakcję na ewentualny niepomyślny wynik badań³⁷

Podejmując próbę wypracowania naszej wersji rozwiązania tego zagadnienia przychylamy się do mniej rygorystycznego postawienia sprawy. Trudno jest chyba przyjąć w praktyce jako moralnie zobowiązujące każdorazowe przepytывanie kobiety o jej zamiary aborcyjne, chyba że wynikają one wyraźnie z prowadzonych rozmów. Na korzyść łagodniejszego rozstrzygnięcia przemawiają inne, towarzyszące analizowanym sytuacjom, elementy. A mianowicie:

- niepewność co do wyniku badań, tym bardziej, że praktycznie w 95% przypadków przynoszą one uspokajający rezultat³⁸,

- Brak, z obiektywnego punktu widzenia, bezpośredniego powiązania działania lekarza przeprowadzającego badania z działaniem aborcyjnym matki, jeżeli lekarz nie wie, że taka właśnie będzie decyzja kobiety,

- trudność w zakwalifikowaniu wyrażonego jeszcze przed badaniem zamiaru aborcji za jednoznaczną i ostateczną decyzję, gdyż może być ona produktem emocjonalnego wzburzenia kobiety³⁹. Stąd umiejętna i fachowa porada ze strony psychologa czy psychiatry może pomóc w przełamaniu tego stanu, a w konsekwencji ułatwić zaakceptowanie faktu bycia matką upośledzonego dziecka.

Jak widzimy problem jest dosyć złożony, i tylko uważna lektura wszystkich omówionych tutaj okoliczności pozwoli ginekologowi podjąć decyzję zgodną z nakazami swojego sumienia.

Podsumowanie

Omówienie problemu etycznych aspektów badań prenatalnych zostało dokonane przez nas w perspektywie - nazwijmy to - horyzontalnej. Nie możemy jednak pominąć innej optyki tego zagadnienia, czyli usytuowania go w perspektywie wer-tykalnej lub inaczej - transcendentalnej. Niezależnie od takich czy innych poglą-
dów, pozostaje niezmienny fakt, że „życie człowieka - jak pisał Jan Paweł II w *Evangelium vitae* 39 - pochodzi od Boga, jest Jego darem, Jego obrazem i odbiciem, udziałem w Jego ożywym tchnieniu. Dlatego Bóg jest jedynym Panem tego życia: człowiek nie może nim rozporządzać”

Człowiekowi nie wolno więc arbitralnie decydować o tym, które życie jest godne zaistnienia, a które nie. To należy do kompetencji Boga, który jest Dawcą życia, również tego naznaczonego chorobą i upośledzeniem. Osoba chora może stać się bowiem elementem stanowiącym wyzwanie dla osoby zdrowej, ogarniętej bez reszty magią konsumizmu, przyjemności i sukcesu. Chory i upośledzony może stać się dla osób zdrowych cennym darem pedagogicznym, pomagając im w ustawianiu wszystkich dóbr we właściwej im perspektywie, a tym samym w zdobyciu prawdziwej mądrości życiowej.

PRZYPISY:

- ¹ G. Perico, *Problemi di etica sanitaria*, Milano 1992², 346.
- ² Por. F. D'Onofrio, R. Giunta, *La Bioetica nel futuro dell'uomo*, Napoli 1999, 58. Emblematyczne dla referowanego problemu jest też spostrzeżenie przedstawione w Raporcie Światowej Organizacji Zdrowia: „W świecie pochłoniętym coraz bardziej troską o jakość życia jest rzeczą oczywistą fakt, że dzieci mają rodzić się wolne od jakiegokolwiek postaci schorzeń genetycznych” (World Health Organization, *Genetic disorders: prevention, treatment and rehabilitation*, w *WHO Technical Report 49*(1972).
- ³ Por. G. Perico, *Problemi di etica sanitaria*, dz. cyt., 349; E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, vol. I: *Fondamenti ed etica biomedica*, Milano 1991², 185.
- ⁴ Por. D. Kornas-Biela, *Przeżycia związane z diagnostyką prenatalną a postawy wobec niej w literaturze przedmiotu*, w E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela (red.), *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*, Lublin 1991, 31.
- ⁵ Por. E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, dz. cyt., 186.
- ⁶ Przykładem niech będzie chociażby artykuł w *Magazynie Słowa Ludu* 2083(1999), pod znamienym tytułem: *Nie zabijajcie mojego dziecka przed porodem*, nie mającym jednak nic wspólnego ze wspomnianymi przez nas zagrożeniami.
- ⁷ Por. E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, dz. cyt., 187.
- ⁸ Por. T. Martin, S. Liedgren - M. Hammar, *Transplacental needle passage and other risk-factors associated with second trimester amniocentesis*, w *Acta Obstet Gynecol Scand* 8(1997), 728-732; A. Serra, *La diagnosi prenatale di malattie genetiche*, w *Medicina e Morale* 4(1984), 440; E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, dz. cyt., 187.
- ⁹ Por. Papińska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia* 60, przypis 138.
- ¹⁰ Por. G. Perico, *Problemi di etica sanitaria*, dz. cyt., 347; E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, dz. cyt., 186.
- ¹¹ Por. K. Sundberg, J. Bang, S. Smidt-Jensen (i inni), *Randomised study of risk of fetal loss related to early amniocentesis versus chorionic villus sampling ...*, w *The Lancet* 6(1997), 697-703; A. Serra, *La diagnosi prenatale di malattie genetiche*, art., cyt., 440; E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, dz. cyt., 186.

- ¹² Cyt. za A. G. Spagnolo, *Bioetica nella ricerca e nella prassi medica*, Torino 1997, 162.
- ¹³ Por. G. Perico, *Problemi di etica sanitaria*, dz. cyt., 347-348; E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, dz. cyt., 185-186.
- ¹⁴ C. Viafora, *Fondamenti di bioetica*, Milano 1989, 223.
- ¹⁵ P. A. Baird, *Maternal age and birth defects: a population study*, w *The Lancet* 5(1991), 530. Do podobnej konkluzji prowadzą wywody M. Vignali, *Quando basta un dubbio per condannare a morte*, w *Famiglia Oggi* (novembre-dicembre 1984), 21.
- ¹⁶ C. Viafora, *Fondamenti di bioetica*, dz. cyt., 223.
- ¹⁷ Por. E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, dz. cyt., 183-184; C. Viafora, *Fondamenti di bioetica*, dz. cyt., 223.
- ¹⁸ Por. E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, dz. cyt., 183-184.
- ¹⁹ R. Otowicz, *Etyka życia. Bioetyczny i teologiczny kontekst problematyki życia poczętego*, Kraków 1998, 231-232.
- ²⁰ Por. R. Otowicz, *Etyka życia*, dz. cyt., 231.
- ²¹ Por. H. Gulanowska, *Wybrane zagadnienia diagnostyki prenatalnej*, w J. W. Gałkowski, J. Gula (red.), *W imieniu dziecka poczętego*, Rzym-Lublin 1991, 63.
- ²² Por. F. D'Onofrio, R. Giunta, *La Bioetica nel futuro dell'uomo*, dz. cyt., 56.
- ²³ R. Otowicz, *Etyka życia*, dz. cyt., 242.
- ²⁴ Za E. Schockenhoff, *Etica della vita. Un compendio teologico*, Brescia 1997, 248-249.
- ²⁵ G. Perico, *Problemi di etica sanitaria*, dz. cyt., 350-351. Por. również E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, dz. cyt., 181.
- ²⁶ Por. S. Calisti, *Diagnosi prenatale e possibilità terapeutiche chirurgiche*, in *Medicina e Morale* 4(1984), 493-497; E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, dz. cyt., 188.
- ²⁷ Ostatecznie dostęp do badań prenatalnych ograniczono do następujących przypadków: przynależność rodziców do rodzin obciążonych genetycznie, uzasadnione podejrzenie występowania choroby genetycznej możliwej do leczenia w okresie płodowym oraz istnienie podejrzenia ciężkiego uszkodzenia płodu (za *Tygodnikiem Powszechnym* [30 maja 1999], 2).
- ²⁸ Por. E. Schockenhoff, *Etica della vita*, dz. cyt., 248.
- ²⁹ Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Sympozjum Movimento pro vita* (3 grudnia 1982), w *Insegnamenti* V/3(1982), 1512.
- ³⁰ Por. A. Serra, *Embrione umano, scienza e medicina*, w *La Civiltà Cattolica* (2 maggio 1987), 248-249; E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, dz. cyt., 192-193.
- ³¹ Nie jest to zatem „człowiek w możliwości”. Embryon może być określony jako „dorosły w możliwości”, „starzec w możliwości”, „lekarz w możliwości”, ale nie „człowiek w możliwości”. Takie pojęcie jak „człowiek w możliwości” w ogóle na terenie filozofii nie istnieje. Człowiekiem albo się już jest, albo się nim nie będzie wcale.
- ³² Papiaska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia* 61.
- ³³ *Acta Apostolicae Sedis* 80(1988), 79-80.
- ³⁴ Za R. Otowicz, *Etyka życia*, dz. cyt., 229.
- ³⁵ Por. R. Otowicz, *Etyka życia*, dz. cyt., 244.
- ³⁶ Por. G. Perico, *Problemi di etica sanitaria*, dz. cyt., 353.
- ³⁷ Stanowisko zobowiązujące lekarza do wyraźnego, choć prowadzonego roztropnie, dialogu na temat ewentualnych aborcyjnych zamiarów kobiety reprezentuje na przykład C. Caffarra, *Aspetti etici della diagnostica prenatale*, w *Medicina e Morale* 4(1984), 449-450.
- ³⁸ Por. M. Vignali, *Quando basta un dubbio per condannare a morte*, art. cyt., 21; D. Tetamanzi, *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo*, Casale Monferrato 1990², 206.
- ³⁹ Por. E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, dz. cyt., 195. C. Munar zwraca uwagę na fakt, że na skutek potwierdzenia podejrzeń o upośledzenie dziecka, u matki pojawia się zjawisko rozbicia idealnego wyobrażenia o dziecku, którego ona się spodziewa. Rodzi to stan depresji i psychicznego rozbicia (*Aspectos psicológicos del diagnóstico prenatal*, w *Labor Hospitalaria* 42[1990], 294).