

# ENCYKLOPEDIA BIOETYKI

Personalizm chrześcijański  
Głos Kościoła

Redakcja  
Andrzej Muszala



Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne  
Radom 2005

Projekt okładki: Zbigniew Karaszewski  
Korekta: Marzena Winiarczyk  
Skład: Monika Strachowska

ISBN 83-89862-42-5

© Copyright by Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2005

Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne  
26-606 Radom, ul. Wiejska 21  
tel./fax (48) 366 56 23, 384 66 66  
e-mail: [polwen@polwen.pl](mailto:polwen@polwen.pl)  
<http://www.polwen.pl>

Druk:

Zakład Graficzny COLONEL sp. j.  
30-532 Kraków, ul. Dąbrowskiego 16  
tel. (12) 423-66-66, e-mail: [biuro@colonel.com.pl](mailto:biuro@colonel.com.pl)

„Głęboki niepokój budzi też szerzenie się swoistego klimatu kulturowego, kształtowanego także przez informacje nie zawsze poprawne z naukowego i deontologicznego punktu widzenia, który sprawia, że diagnoza prenatalna lub preimplantacyjna przestaje niekiedy służyć celom terapeutycznym, ale ma raczej na celu dyskryminację tych, którzy już we wcześniejszych fazach życia okazują się nie w pełni zdrowi i doskonali; taka dyskryminacja staje się coraz poważniejszym zagrożeniem dla życia jednostek, które nigdy nie ujrzą światła dziennego. Świadomi tego, członkowie Papieskiej Akademii pragną napiętnować wraz z Ojcem Świętym «powstawanie i szerzenie się nowego eugenizmu selektywnego, który prowadzi do eliminacji embrionów i płodów dotkniętych jakąś chorobą», powołując się czasem na rzekome różnice antropologiczne i etyczne między różnymi fazami rozwoju życia przed narodzeniem”.

## LITERATURA

DV I; Jan Paweł II: EV 63; *Całym sercem służyć ludzkiemu życiu*. Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu Katolickich Położników i Ginekologów (18 VI 2001), ORpol 22(2001) nr 9.

B. Böckenförde-Wunderlich, *Präimplantationsdiagnostik zwischen Fortpflanzungsfreiheit und Embryonenschutz*, „Zeitschrift für medizinische Ethik” 49(2003) h. 4; M. Düwell, D. Mieth (red.), *Ethik in der Humangenetik. Die neueren Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik aus ethischer Perspektive*, Tübingen 1998; B. Fraling, *Entscheidungen am Anfang. Ethische Bewertung von Präimplantationsdiagnostik und Stammzellenforschung*, „Zeitschrift für medizinische Ethik” 49(2003) h. 2; D. Mieth, *Was wollen wir können? Ethik im Zeitalter der Biotechnik*, Freiburg-Basel-Wien 2002; J. Römel, *Pränatale Diagnostik*

– *Medizin zwischen elterlicher Selbstbestimmung und Selektion*, (w:) A. Holderegger i in. (red.), *Theologie und biomedizinische Ethik. Grundlagen und Konkretionen*, Freiburg-Wien 2002.

Marian Machinek

## DIAGNOSTYKA PREKONCEPCYJNA → DIAGNOSTYKA PREIMPLANTACYJNA

## DIAGNOSTYKA PRENATALNA

– różne metody badania płodu ludzkiego, których celem jest ocena jego budowy anatomicznej i stanu → zdrowia. D.p. wchodzi w zakres → medycyny prenatalnej; rozwijana jest od lat 60. XX w.

### 1. OPIS MEDYCZNY

Metody d.p. dzielą się na nieinwazyjne (ultrasonografia, badanie surowicy krwi matki, badanie komórek płodowych obecnych w krążeniu matczynym) i inwazyjne (biopsja kosmówki, amniopunkcja, punkcja naczyń pępowiny, fetoskopia). Kryterium podziału stanowi ingerencja w worek owodniowy, w którym dziecko przebywa oraz ryzyko dla jego zdrowia lub → życia, wynikające z zastosowania poszczególnych metod.

#### METODY NIEINWAZYJNE.

**Badanie ultrasonograficzne (USG)** wykonuje się przy użyciu sonografu z głowicą przezbrzuszną lub przezpochwową, emitującego fale dźwiękowe o częstotliwości przekraczającej zakres słyszalności ucha ludzkiego, które odbijając się od wewnętrznych struktur anatomicznych umożliwiają wizualizację dziecka. Badanie to pozwala określić: fakt poczęcia

dziecka, liczbę dzieci poczętych, płeć, wiek ciążowy, wagę i ruchliwość dziecka, położenie, nieprawidłowości budowy kośćca (np. duże wady szkieletu, braki i deformacje lub dodatkowe struktury w zakresie kończyn i palców, dysproporcje ciała), zaburzenia w budowie układu nerwowego (np. wodogłowie, małogłowie, otwarte wady cewy nerwowej, jak: rozszczep kręgosłupa, przepuklina oponowo-rdzeniowa, → bezmózgowie), nieprawidłowości budowy narządów wewnętrznych (np. torbiele, guzy, niedrożność, zarośnięcia), obrzęk ciała lub wewnątrzmaciczne zahamowanie rozwoju, zaśnied groniasty, lokalizację łożyska, ilość wód płodowych. Dzięki połączeniu USG z układem kolorowego i pulsacyjnego Dopplera możliwe jest badanie czynności serca, monitorowanie przepływu krwi w naczyniach pępowiny i dziecka. Obraz sonograficzny można uzyskać już od 17. dnia ciąży, ale eksperckie badanie USG, zw. genetycznym, przeprowadzane jest od 12. tygodnia ciąży i ukierunkowane na diagnostykę uchwytnych wad wrodzonych, charakterystycznych dla aberracji chromosomowych (np. zespół Downa, Edwardsa, Patau) oraz innych cech sugerujących, że dziecko znajduje się w grupie podwyższonego ryzyka. Pod kontrolą USG wykonuje się wszystkie inwazyjne badania prenatalne. USG jest uważane za badanie bezpieczne, ale coraz częściej apeluje się o umiar w jego stosowaniu.

**Badanie surowicy krwi matki** polega na oznaczaniu markerów płodowych (substancji pochodzących od dziecka), które przenikają do krwi matki, tj. poziomowi 2 hormonów: nieskoniugowanego (wolnego) estriolu (uE3) i ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej (beta-hCG) oraz alfa-fetoproteiny (AFP). Badanie to nie diagnozuje, ale sugeruje zwiększenie

możliwości wystąpienia zespołów związanych z zaburzeniami chromosomowymi (niski poziom AFP – możliwość zespołu Downa) i wad rozwojowych układu nerwowego (wysoki poziom AFP). Nieprawidłowe wyniki skłaniają do podjęcia dalszych badań diagnostycznych. Badanie surowicy krwi matki wykonuje się w II trymestrze ciąży (między 12. a 18. tygodniem). Nie niesie ono żadnych powikłań medycznych.

**Badanie komórek płodowych w krążeniu matczynym** polega na ocenie kariotypu (na poziomie DNA) komórek dziecka pochodzących z próbki krwi matki. Jedna z 500 komórek jądrzastych w jej krwi jest pochodzenia płodowego. Jest to metoda nieinwazyjna, nie ma więc ryzyka powikłań. Podobnie możliwe jest uzyskiwanie komórek płodowych z wymazu z kanału szyjki macicy, pobranego od matki. Tego typu analizy molekularno-genetyczne komórek dziecka nie są jeszcze ogólnie dostępne.

#### METODY INWAZYJNE

**Biopsja kosmówki** (trofoblastu, CVS) polega na pobraniu przez powłoki brzuszne matki 20-30 mg tkanki pochodzącej z zewnętrznej warstwy trofoblastu i poddaniu komórek hodowli, a następnie badaniu materiału genetycznego. Badaniem tym można wykryć choroby metaboliczne (ok. 20) oraz te, których przyczyną są nieprawidłowości w liczbie i budowie chromosomów (np. zespół Downa). Biopsję wykonywano przedtem przeszczepowo, obecnie preferowana jest droga przez powłoki brzuszne. Biopsję można już wykonać od 6.-7. tygodnia ciąży, najczęściej wykonywana jest między 10. a 12. tygodniem. Czas oczekiwania na wynik wynosi od dwóch do kilkunastu dni. Rzetelność diagnozy zależy od metody analizy materiału tkankowego,

doskonałości aparatury, stopnia przeszkolenia i doświadczenia personelu, zaś ryzyko powikłań (np. poronienia) wynosi 1-2% (wg niektórych danych jest wyższe: 1-5%). Biopsję kosmków łożyska, którą można wykonać od 20. tygodnia do porodu, nazywa się placentocentezą (ok. 4% ryzyko poronienia). Wskazaniem do niej są zaburzenia w ilości wód płodowych, zaburzenia chromosomowe lub nieprawidłowości rozwoju dziecka. Obecnie metoda ta jest rzadko stosowana.

**Amniopunkcja** zmierza do ustalenia kariotypu komórek płodu (z jego naskórka, przewodu pokarmowego, oddechowego, moczowego), które złączono znajdują się w płynie owodniowym. W tym celu przez powłoki brzuszne i macicę dociera się igłą do pęcherza płodowego i pobiera ok. 10-20 ml płynu owodniowego, odwirowuje się go, a komórki poddaje hodowli. Wynik można uzyskać po 2-3 tygodniach. Badanie przeprowadza się najwcześniej między 11. a 14. tygodniem ciąży, zwykle jednak między 13. a 18. tygodniem. Komórki można poddać badaniom: cytogenetycznemu (amniopunkcja genetyczna – analiza chromosomów), molekularnemu (badanie DNA wykrywające ponad 1000 chorób), biochemicznemu (stężenie i aktywność substancji płodowych wskazujące na wady rozwojowe lub choroby metaboliczne), w kierunku infekcji (np. wirusem różyczki, cytomegalii, toksoplazmozy, krętkami kiły). Amniopunkcja pozwala wykryć choroby uwarunkowane zaburzeniami w budowie i liczbie chromosomów, wady centralnego układu nerwowego, choroby metaboliczne, określić dojrzałość płuc dziecka. Ryzyko pomyłki ocenia się na ok. 1%, a powikłań na ok. 0,5-1%.

**Punkcja pępowiny (kordocenteza)** polega na pobraniu krwi pępowinowej poprzez nakłucie igłą żyły pępowinowej w pobliżu jej odejścia od łożyska. Wykonuje się ją w celu weryfikacji podejrzenia o zaburzeniu metabolicznym i chromosomalnym (mozaikowość, aberracje chromosomowe), przeprowadzenia badań hematologicznych (np. oznaczanie płytek krwi), hodowli bakteryjnych lub wirusowych, oznaczenia parametrów biochemicznych świadczących o stanie dziecka. Badanie to wykonuje się od 17. tygodnia ciąży; wynik kariotypu uzyskuje się w ciągu 48 godzin, a ryzyko powikłań (np. krwawienie w miejscu nakłucia) wynosi ok. 2%.

**Fetoskopia** polega na wziernikowaniu jamy macicy przyrządem optycznym i pobraniu komórek krwi, wątroby i tkanki skórnej lub mięśniowej dziecka celem poddania ich badaniom biochemicznym. Ryzyko powikłań wynosi ok. 0,5-1%. Badanie to jest rzadko stosowane, ale w przyszłości może być wykorzystane przy leczeniu wad rozwojowych.

## 2. OCENA MORALNA

Podstawowym kryterium moralnej oceny d.p. jest dobro dziecka, co wymaga przyjęcia personalistycznej perspektywy, zakładającej ontyczny status dziecka od momentu jego poczęcia, przysługującą mu ludzką godność i nienaruszalne prawo do życia, zdrowia, opieki i ochrony. Moralny aspekt diagnozy przedporodowej obejmuje ocenę ryzyka badań dla dziecka i matki oraz ocenę intencji i celu diagnozy.

**OCENA RYZYKA.** Ze względu na wielość metod, z których każda ma swoją specyfikę medyczną, nie można udzielić ogólnej moralnej oceny d.p. Metody wy-

korzystujące struktury organizmu matki (krew, wycinek z szyjki macicy) nie naruszają zastrzeżeń natury etycznej. Pewną rezerwę, ze względu na niemożność wykluczenia nieznanego jeszcze ryzyka, powinna budzić wczesna diagnostyka przy użyciu ultrasonografu oraz traktowanie badania USG jako obowiązkowego dla każdej kobiety, i to kilkakrotnie w czasie ciąży, a nawet tendencja do wykonywania badań w trakcie każdorazowej wizyty lekarskiej. Coraz więcej prac w literaturze zachodniej oraz badania Amerykańskiego Instytutu ds. Ultradźwięków sugerują ostrożność w stosowaniu USG, np. zlecenie takiej diagnozy tylko w uzasadnionych przypadkach, najlepiej po pierwszym trymestrze ciąży, minimalizowanie liczby badań oraz czasu ekspozycji na ultradźwięki, korzystanie ze sprzętu o najwyższej klasie i usług specjalisty. Wynika to z faktu, iż wiedza na temat wszystkich, a zwł. odległych (w kolejnych pokoleniach) następstw biologicznych ultradźwięków jest ciągle niekompletna (np. obserwuje się wzrost odsetka mniejszej wagi urodzeniowej, nieprawidłowych odruchów, dysleksji).

Metody inwazyjne, zależnie od rodzaju, związane są z różnym stopniem bezpośredniego ryzyka dla zdrowia i życia dziecka (poronienie) oraz możliwością dalszych powikłań (np. zakażenia, krwawienia, przedwczesne odpływanie wód płodowych, czynność skurczowa macicy). Stopień ryzyka powikłań zależy od zdrowotnej i prokreacyjnej historii matki (np. wcześniejsze → aborcje, choroby, operacje, infekcje), czasu wykonania (np. w kordocentezie przed 19. tygodniem ciąży) oraz innych zmiennych (np. w kordocentezie przy usadowieniu łożyska na ścianie tylnej macicy).

Przypisywanie d.p. psychoterapeutycznego oddziaływania (uspokojenie rodziców dobrą informacją) pomija fakt zagrożenia dla zdrowia i życia dziecka spowodowanego stresem psychicznym matki, która oczekuje na wykonanie badania, a następnie na jego wynik (czasem na ostateczną diagnozę czeka kilka tygodni). Bezsprzecznie potwierdzony w literaturze przedmiotu jest negatywny wpływ stresu matki na rozwój dziecka oraz przebieg ciąży i porodu.

Istnieje również problem ryzyka błędnej diagnozy. Dotyczy to zwł. badań USG. Poza tym wynik genetycznego obciążenia dziecka nie daje obrazu faktycznej ekspresji genów, a zwł. nasilenia schorzenia, fenotypu dziecka. Ten sam wynik badań prenatalnych może być faktycznie uwidoczniiony w postaci bardzo zróżnicowanych problemów zdrowotnych u dziecka po urodzeniu, zwł. że w miarę rozwoju człowieka coraz większe znaczenie mają czynniki pozagenetyczne.

Pozytywna ocena zastosowania d.p. uzależniona jest od spełnienia kilku warunków:

1° rodzice powinni uzyskać pełną informację o użytej metodzie (np. o ryzyku komplikacji lub błędzie, o ograniczeniach diagnozy, tzn. co da się stwierdzić, a co nie), o prawdopodobieństwie wystąpienia danej choroby, możliwościach terapeutycznych lub ich braku oraz wyrazić zgodę na badanie;

2° konieczność d.p. ze względu na ochronę życia i integralności dziecka oraz jego matki, tj. zmniejszenie ryzyka powikłań, zastosowanie leczenia dziecka lub matki przed jego urodzeniem lub przygotowanie specjalnych warunków związanych z porodem;

3° ryzyko przeprowadzenia d.p. jest zrównoważone prawdopodobieństwem wystąpienia defektu.

Wśród wskazań medycznych do wykonania badań prenatalnych wymienia się, np. przekroczony 35. rok życia matki i 55. rok życia ojca, wcześniejsze urodzenie dziecka z chorobą genetyczną, występowanie takich chorób w rodzinie, urodzenie dziecka z otwartą wadą cewy nerwowej lub dziecka martwego, stwierdzenie działania teratogenów (np. zakażenia matki, alkoholu, narkotyku, promieniowania jonizującego). Pomimo postulatu niedyrektywnego przekazu przez lekarza różnych niepomysłnych informacji, sposób ich przedstawienia rodzicom wpływa na ich decyzję o poddaniu się diagnozie, często bez uwzględnienia ryzyka pomyłki co do jej wyników, ryzyka poronienia lub innych powikłań (np. prawdopodobieństwo poronienia w wyniku amniopunkcji jest większe niż wystąpienia choroby Downa u dziecka nawet 40-letniej kobiety).

**OCENA INTENCJI/CELU DIAGNOZY.** Decydujący o moralnej ocenie indywidualnej decyzji skorzystania z d.p. jest motyw oraz cel diagnozy. Negatywna jest ocena moralna diagnozy przeprowadzanej jedynie z ciekawości, np. co do płci dziecka, z chęci kolekcjonowania jego zdjęć. Za zdecydowanie niemoralne należy uznać przeprowadzenie badania, którego intencją jest sprawdzenie, czy dziecko nie jest chore, by w razie potwierdzenia podejrzenia spowodować jego śmierć. Każdorazowe zastosowanie jakiegokolwiek metody d.p. z uwzględnieniem możliwości skorzystania z selektywnej aborcji jest nieetyczne. Dotyczy to zarówno matki dziecka, jak i osób, które wspierałyby ją w takiej motywacji (ojciec dziecka, krewni, personel medyczny).

Nie budzi zastrzeżeń moralnych terapeutyczny cel diagnozy, tzn. chęć rozpoznania choroby celem jej leczenia przed urodzeniem lub przygotowania porodu w warunkach umożliwiających natychmiastową interwencję medyczną. Niestety liczba chorób, wobec których można zastosować prenatalną terapię jest stosunkowo niewielka, np. podawanie leków matce lub bezpośrednio dziecku (np. w zaburzeniach hormonalnych, metabolicznych, pracy serca), transfuzja krwi do naczyń płodowych, operacje chirurgiczne w wadach rozwojowych (np. umożliwienie spływania moczu lub nadmiaru płynu mózgowo-rdzeniowego do wód płodowych, okresowe zamknięcie tchawicy w przepuklinie przepony płodowej, zamknięcie szczeliny przy rozszczepie kręgosłupa, transplantacja szpiku kostnego). Wiele metod terapeutycznych jest na razie w fazie eksperymentalnej lub – ze względu na ogromne koszty i duże ryzyko – są w rzeczywistości rzadko stosowane i to jedynie w wysoko wyspecjalizowanych ośrodkach.

Wobec ograniczonych możliwości zastosowania terapii prenatalnej powstaje pytanie o rutynowe, wielokrotne badania prenatalne u wszystkich kobiet. Zwolennicy szerokiej dostępności usług związanych z d.p. wysuwają argument możliwości psychicznego przygotowania się rodziców na urodzenie dziecka z problemem zdrowotnym, jednak jest to proces, który udaje się raczej rzadko. Nie istnieją żadne służby psychologiczno-medyczno-duszpasterskie, które byłyby wyspecjalizowane w udzielaniu pomocy rodzicom w tej dramatycznej dla nich sytuacji. Trudno w okresie ciąży zintegrować taką informację w koncepcję siebie i swojej przyszłości, w plany rodzinne oraz w przywiązanie do dziecka. Nato-

miast silny stres matki może zwiększyć ryzyko dodatkowych zaburzeń rozwojowych dziecka.

Skomplikowanie moralnej oceny d.p. wiąże się również z faktem, iż deklarowanym przez rodziców i personel motywem jej zastosowania jest chęć uzyskania uspokajającej informacji, że dziecko jest zdrowe; faktycznie udaje się to w 95-97%. Jeśli więc istnieje silny lęk przed urodzeniem dziecka chorego, a rodzice bezwzględnie odrzucają aborcję jako opcję działań w razie niepomyślniej diagnozy, przeprowadzenie badań jest moralnie uzasadnione. Natomiast jeśli uwzględnia się możliwość skorzystania z aborcji, to już samo poddanie się badaniu jest wysoce niemoralne i z katolickiego punktu widzenia jest grzechem przeciw życiu. Dlatego ocena moralna diagnostyki musi być zindywidualizowana i konieczne jest uświadomienie rodzicom przed jej zastosowaniem moralnego kontekstu decyzji, przed którym mogą zostać postawieni.

**ASPEKTY PSYCHOLOGICZNO-SPOŁECZNE.** Entuzjazm wokół niewątpliwych doświadczeń diagnostyki oraz terapii prenatalnej utrudnia obiektywne spojrzenie na wielorakie niebezpieczeństwa rozwoju badań w tym zakresie.

D.p. w praktyce jest ściśle związana z aborcją lub tzw. „przyspieszonym porodem” jako opcją działania, gdyż jedynie wobec niewielu zdiagnozowanych prenatalnie chorób można podjąć skuteczne działania lecznicze. Tym samym rozszerza się liczba rodzin, w których każdy z członków dotknięty jest psychologicznymi konsekwencjami aborcji oraz rodziców, którzy pomimo wysokiego ryzyka genetycznego, decydują się na poczęcie „na próbę” i nawet kilkakrotnie korzystają z selektywnej aborcji „defektywnego płodu”, a tym samym naznacze-

ni są prenatalną śmiercią zadaną kilkorgu dzieciom.

Upowszechnianie badań prenatalnych paradoksalnie jeszcze bardziej nasila poczucie zagrożenia przed urodzeniem dziecka chorego, gdy tymczasem liczba wad i chorób dziedzicznych lub wrodzonych nie przekracza 3% urodzeń. Medykalizacja ciąży i porodu powoduje utrwalenie mentalności, iż dziecko prenatalne powinno udowodnić, że jest zdrowe, aby mogło uzyskać pozwolenie na dalszy rozwój i urodzenie się.

Publikowane analizy ekonomiczne wskazujące, jak nieopłacalne jest podtrzymywanie przy życiu, leczenie, rehabilitacja i wychowywanie osób niepełnosprawnych i chorych w porównaniu z kosztami d.p. i selekcyjnej aborcji obrazują uutilitarną motywację przyznawania przez państwo środków finansowych na rozwój sieci usług prenatalnych. Stawia to rodziców wobec „obowiązku” posiadania jedynie zdrowych dzieci, zaś lekarzy w sytuacji, kiedy zarówno matki, jak i dorosłe dzieci będą mogły wytaczać procesy sądowe oskarżając ich o zaniebdanie i dopuszczenie do urodzenia pomimo choroby. Utrwała się wówczas postawa, iż rodzice nie powinni obarczać innych obywateli kosztami leczenia „wybrakowanych dzieci”.

Wiązanie d.p. z aborcją czyni ją elementem współczesnej formy → eugeniki (eugeniki socjokulturowej), kontroli populacji, elementem prenatalnej → eutanazji. Stosowanie jej z uwzględnieniem selekcyjnej aborcji zmierza do kontroli jakości rodzącego się życia, zgodnie z którą „są takie życia nie godne przeżycia” (*wrongful life*). Dziecko zdiagnozowane jako nie spełniające oczekiwań zostaje uznane za „niechciane”, „osobę nie w pełni tego słowa znaczeniu”, „egzem-

plarz wybrakowany”, „życie pozbawione wartości”. Urodzenie takiego dziecka jest traktowane jako „moralne zło”, „zbrodnia”, „skrzywdzenie przez obdarzenie życiem”, a prosta kalkulacja potencjalnych korzyści i strat obliuguje do niedopuszczenia do urodzenia, gdyż „nieistnienie jest uznawane za bardziej wartościowe niż upośledzone istnienie”.

Powszechna „troska” o pulę genową populacji i jej genetyczną kondycję zmniejsza tolerancję wobec osób chorych i niepełnosprawnych. Społeczna akceptacja dla prenatalnego testowania zdrowia dzieci sprzyja również zakwestionowaniu prawa do życia i wartości osób ciężko i nieuleczalnie chorych oraz głęboko upośledzonych.

Eugeniczne cele rozwoju d.p. ukrywane są za pozornie personalistyczną i altruistyczną motywacją odwołującą się do współczucia i litości wobec naruszonego dobra osoby (prawa do szczęśliwego życia) i obrony jej przed → cierpieniem. Jednak nikt nie ma prawa odbierać życia drugiej osobie, nawet na jej własne życzenie (a dziecko prenatalne nie może takowego wyrazić); nikt nie jest w stanie przewidzieć, ile i jak cierpiałaby ta osoba w przyszłości (cierpienie fizyczne da się niwelować przez środki farmakologiczne, a cierpienie psychiczne i duchowe zależy od naszej postawy wobec tej osoby; nie musi być ona odrzucona i niekochana); poczucie cierpienia, a zwł. jego ocena jako „nie do zniesienia”, jest bardzo subiektywna i zależy od wielu czynników; nawet osoby głęboko upośledzone mogą przeżywać radość biologicznego istnienia.

Możliwość skorzystania z d.p. opóźnia kształtowanie się więzi z dzieckiem do czasu potwierdzenia jego zdrowia, co ma trudne do przewidzenia konsekwencje, np. psychologiczne, z powodu pozbawie-

nia go ważnych bodźców rozwojowych (związanych z komunikacją rodziców z nim) i niezaspokojenia najważniejszych potrzeb psychicznych (bezpieczeństwa, afiliacji, miłości). Odmowę przywiązania do dziecka (co w wypadku amniocentezy może mieć miejsce nawet do połowy ciąży) można traktować jako formę przemocy prenatalnej (*fetus abuse*). Zastosowanie d.p. może również zaburzać kształtowanie się relacji uczuciowych dzieci z rodzicami, jeśli wiedzą, że ich stan zdrowia był prenatalnie testowany i urodziły się, bo spełniały odpowiednie kryteria (cechy tzw. „zespołu ocalenia od aborcji”). Podobne problemy może przeżywać ich rodzeństwo.

Pomimo przedstawionych powyżej zastrzeżeń, metody d.p. są moralnie akceptowalne i godziwe, jeśli ich celem jest wewnętrzmaciczna terapia. Jeśli więc istnieje podejrzenie o wystąpieniu choroby płodu, a rodzice bezwzględnie odrzucają możliwość aborcji, mając na celu jedynie jak najskuteczniejszą i szybką pomoc ich nie narodzonemu dziecku, przeprowadzenie badań diagnostycznych jest moralnie uzasadnione. W takich przypadkach d.p. staje się narzędziem prawdziwej medycyny oraz dobrodziejstwem przez nią oferowanym.

### 3. GŁOS KOŚCIOŁA

Jan Paweł II, *Zasady moralne diagnostyki i terapii prenatalnej*, nr 4: „[Lekarz] winien [...] przede wszystkim uważnie oceniać 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 wystarczającej gwarancji. A jeśli, jak często bywa przy dokonywaniu ludzkich wyborów, jakiś stopień ryzyka będzie musiał być podjęty, niech zatroszczy się o spraw-

dzenie, czy jest to rekompensowane przez prawdziwą konieczność pilnej diagnozy i znaczenie osiągniętych dzięki temu rezultatów dla dobra poczętego istnienia”.

Instrukcja *Donum Vitae*: „Taka diagnoza jest dopuszczalna wtedy, gdy metody stosowane za zgodą odpowiednio poinformowanych rodziców chronią życie i integralność embrionu oraz jego matki, nie narażając ich na nieproporcjonalnie wielkie ryzyko. Diagnoza przedporodowa sprzeciwia się prawu moralnemu wtedy, gdy w zależności od wyników prowadzi do przerwania ciąży. Badania stwierdzające istnienie jakiejś deformacji płodu lub choroby dziedzicznej nie mogą pociągać za sobą wyroku śmierci. Jeśli więc kobieta poddaje się diagnozie przedporodowej ze zdecydowaną intencją przerwania ciąży w wypadku, gdyby diagnoza wykazała istnienie deformacji lub anomalie, to dopuszcza się czynu niegodziwego. Podobnie działaliby w sposób przeciwny zasadom moralnym małżonek, krewni czy ktokolwiek inny, skłaniając lub zmuszając kobietę w ciąży do podjęcia badań przedporodowych w celu ewentualnego przerwania ciąży. Byłby również odpowiedzialny za niegodziwą współpracę specjalista, który w przeprowadzaniu badania czy w podaniu jego wyników rozmyślnie przyczyniłby się lub sprzyjał ustaleniu powiązań pomiędzy badaniami przedporodowymi a przerwaniem ciąży” (I 2).

## LITERATURA

DV I 1, I 2; KPSZ 59-61; KKK 2274-2275; Jan Paweł II: EV 14, 63; *Zasady moralne diagnostyki i terapii prenatalnej*. Przemówienie do uczestników „Movimento per la vita” (3 XII 1982), (w:) K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998.

L. Abramsky, J. Chapple, *Diagnostyka prenatalna*, Warszawa 1996; E. Bielawska-Bato-

rowicz, D. Kornas-Biela (red.), *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*, Lublin 1992; W. Bołoz, *Pierwotne i wtórne cele diagnostyki prenatalnej*, „Episteme” 7(2000); B. Chyrowicz, *Bioetyka i ryzyko. Argument „równi pochylej” w dyskusji wokół osiągnięć współczesnej genetyki*, Lublin 2000; J.W. Galkowski, J. Gula (red.), *W imieniu dziecka poczętego*, Rzym–Lublin 1991; J. Gula, *O prawach pacjenta nie narodzonego*, E 12(1999) nr 1-2; A.J. Katolo, *Embrion ludzki – osoba czy rzecz?*, Lublin–Sandomierz 2000; S. Kornas, *Współczesne badania prenatalne a encyklika Jana Pawła II „Evangelium vitae”*, (w:) A. Młotek, T. Reroń (red.), *Życie – dar nienaruszalny*, Wrocław 1995; D. Kornas-Biela, *Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej*, Lublin 1996; też, *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa 2002; M. Machinek, *Życie w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u początku ludzkiego życia*, Olsztyn 2004<sup>2</sup>; A. Muszala, *Wybrane zagadnienia etyczne z genetyki medycznej*, Kraków 1998.

Dorota Kornas-Biela

## DOŚWIADCZENIA NA EMBRIONACH → EMBRION LUDZKI; → EKSPERYMENTY NA EMBRIONACH

## DOŚWIADCZENIA NA ZWIERZĘTACH → EKSPERYMENTY NA ZWIERZĘTACH

**DUSZPASTERSTWO SŁUŻBY ZDROWIA** – obecność i działalność Kościoła, niosącego słowa i łaski Chrystusa wszystkim cierpiącym oraz ich