

WOJCIECH KUĆKO

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
Wydział Studiów nad Rodziną

Dylematy etyczne dotyczące badań prenatalnych prowadzonych w Polsce

1. Wprowadzenie

W ostatnich latach w Polsce ma miejsce zagorzała dyskusja, związana z propozycjami zmiany *Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*. Po zmianie tej Ustawy, jakiej dokonano w 1996 roku, w art. 1 ust. 1 pkt. 1 nałożone zostało zobowiązanie na organy państwowe oraz samorządowe do zapewnienia opieki medycznej, socjalnej i prawnej kobietom w ciąży, szczególnie poprzez opiekę prenatalną nad płodem¹. Istotne wskazanie w tej materii zostało zawarte w art. 2 ust. 2a:

Organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są zobowiązane zapewnić swobodny dostęp do informacji i badań prenatalnych, szczególnie wtedy, gdy istnieje podwyższone ryzyko bądź podejrzenie wystąpienia wady genetycznej lub rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu płodu².

Tym samym ustawodawca podkreślił konieczność szerszego dostępu do diagnostyki prenatalnej. Należy jednak zauważyć, że tekst normatywny, choć

¹ Por. Dz.U. z 1996 r. Nr 139, poz. 646.

² Dz.U. z 1996 r. Nr 139, poz. 646, s. 2886.

znajduje się w kontekście ustawy dopuszczającej w określonych sytuacjach przerywanie ciąży, w żaden sposób nie podkreśla wagi badań prenatalnych dla podjęcia decyzji o aborcji; wręcz przeciwnie – wnikliwa lektura tekstu wyraźnie wskazuje, że mają one pomagać ochronie płodu ludzkiego (por. Haberko 2010, s. 183-256).

Głównym celem artykułu jest analiza najważniejszych dylematów etycznych, związanych z badaniami prenatalnymi w kontekście polskiego prawodawstwa i praktyki lekarskiej oraz w świetle bioetyki personalistycznej³. Podjęte rozważania zwracają uwagę na role osób, biorących udział w przeprowadzaniu badań prenatalnych: rodziców i lekarza, ze szczególnym uwzględnieniem osobowej roli nienarodzonego dziecka, które także jest pacjentem.

Aby zrealizować te założenia, została zastosowana „metoda trójkąta” (wł. *il metodo triangolare*), wypracowana i rozwinięta z powodzeniem na gruncie bioetyki personalistycznej, opartej na adekwatnej antropologii, wypływającej z arystotelesowsko-tomistycznej wizji człowieka⁴. Zgodnie z założeniami metody, pierwszym krokiem będzie wyeksponowanie danych biomedycznych na temat diagnostyki prenatalnej, z uwzględnieniem faktów ekonomicznych, społecznych i legislacyjnych, aby w dalszej części móc właściwie ocenić konsekwencje moralne z punktu widzenia nienarodzonego dziecka, jego rodziców i lekarza ginekologa.

Już na wstępie należy odróżnić badania prenatalne, których celem jest ocena płodu ludzkiego w łonie matki, od diagnostyki preimplantacyjnej, związanej z zapłodnieniem pozaustrojowym i mającej na celu badanie wczesnego embrionu w okresie od zapłodnienia do implantacji w macicy. Diagnostyka tego typu jest ukierunkowana na wyselekcjonowanie informacji genetycznej, a w konsekwencji wszczęcie embrionu wybranego według określonych, z góry założonych kryteriów (por. Machinek 2009, s. 150-154). Diagnostyka preimplantacyjna nie jest zatem przedmiotem tego artykułu, wymaga bowiem szerszego omówienia⁵.

³ Polska bibliografia na temat etycznych aspektów diagnostyki prenatalnej nie jest zbyt obszerne, w przeciwieństwie do choćby literatury włoskiej czy angielskiej. Spośród najważniejszych publikacji zwartych należy wymienić: Gałkowski, Gula [red.] 1991; Marcol 1998. Spośród artykułów por. Kornas 1995, s. 129-140; Bołoz 2000; Chelstowski 2000; Tylki-Szymańska 2004. Należy wspomnieć też szersze spojrzenie na kwestię diagnostyki prenatalnej, np. w: Kornas-Biela 1996; Dangel 2007; Frączek, Jabłońska, Pawlikowski 2013.

⁴ Metoda została opisana i z powodzeniem zrealizowana m.in. przez: Sgreccia 2007a, s. 73-75, 92-94.

⁵ Obszerne opracowanie komparatywne tematu, dotyczące Włoch i Polski por. Cherubin 2016.

2. Czym jest diagnostyka prenatalna?

Badania prenatalne zaczęto rozwijać od lat 60. XX wieku w kontekście analizy chromatyny płciowej (zwanej *ciałkiem Barra* lub *ciałkiem X*), dzięki czemu było możliwe określenie płci płodu w związku z ryzykiem wystąpienia chorób powiązanych z chromosomem X⁶. W 1966 roku podjęto badania nad komórkami płodowymi, a w 1968 roku po raz pierwszy zdiagnozowano trisomię 21, powiązaną z zespołem Downa (Neri, Serra 2007). W Polsce badania prenatalne zostały wprowadzone w 1975 roku w Zakładzie Genetyki Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (por. Tyłki-Szymańska 2004, s. 167).

Wśród wielu dostępnych w literaturze definicji powtarzającym się motywem jest określanie diagnostyki prenatalnej jako serii badań diagnostycznych, wykonywanych przed urodzeniem dziecka, których celem jest określenie stanu embrionu lub płodu, jak również stwierdzenie obecności ewentualnych patologii wrodzonych lub nabytych podczas ciąży oraz tych, które mogłyby się objawić na którymś jej etapie⁷. Od 1981 roku Międzynarodowe Stowarzyszenie Diagnostyki Prenatalnej (*International Society for Prenatal Diagnosis*) wydaje regularnie swoje oficjalne czasopismo „Prenatal Diagnosis”, w którym analizowane są różne aspekty problemu, szczególnie od strony medycznej⁸.

Diagnostyka prenatalna pozwala nie tylko śledzić przebieg ciąży, ale też zdiagnozować patologie rozwojowe typu genetycznego (np. zespół Downa), ogólnego (np. hemoglobinopatia, zaburzenia rozwoju rdzenia kręgowego) lub infekcyjnego (np. różyczka, toksoplazmoza). Na zakończenie międzynarodowego sympozjum w Val David w Quebec w 1979 roku został wypracowany swoisty kodeks deontologiczny, gwarantujący kobietom dostęp do tego typu badań. Dokument opisuje siedem wskazań, na podstawie których zaleca się ich przeprowadzenie: (1) matka w wieku powyżej 36 lat; (2) obecność w rodzinie już narodzonego dziecka z chorobą trisomii 21 (zespół Downa); (3) obecność u jednego z rodziców aberracji chromosomowej; (4) obecność w rodzinie dziecka (lub rodzica), mającego jakąś dysfunkcję metaboliczną; (5) dziecko w rodzinie z ciężką hemoglobinopatią; (6) dziecko z chorobą powiązaną z chromosomem X (np. zespół Huntera); (7) wcześniejsze dziecko z cięż-

⁶ Kompleksową prezentację tematu z punktu widzenia historii i etyki można odnaleźć w tekście włoskiego Narodowego Komitetu Bioetycznego, wymagającym dziś wielu uaktualnień (Comitato Nazionale per la Bioetica 1992).

⁷ Niezwykle użyteczną pozycją bibliograficzną w tym kontekście wydaje się dzieło Chen 2006 oraz inne informacje zawarte w publikacjach: Neri, Serra 2007, s. 453-454; Kornas-Biela 1996, Kornas-Biela 2009, s. 155-158, Campanella 2015, s. 309-319.

⁸ Stowarzyszenie zostało założone w 1996 roku, a jego siedziba znajduje się dziś w Charlottesville (VA) w USA. W logo Stowarzyszenia umieszczono hasło: *Building Global Partnership in Genetics and Fetal Care*. Por. www.prenataldiagnosisjournal.org oraz www.ispdhome.org [dostęp: 01.05.2019].

kim defektem cewki nerwowej (por. Sgreccia 2007a, s. 433-456; Serra 1984, s. 433-448). Warto dodać, że nieinwazyjne badania prenatalne nie cieszą się w Polsce dużą popularnością – decyduje się na nie jedynie ułamek procenta przyszłych matek. Wynika to zarówno z obaw, jak i z pewnej nieświadomości, czym są takie badania.

3. Rodzaje technik diagnostycznych

Wśród autorów podejmujących zagadnienie panuje zasadnicza zgodność co do podziału metod diagnostyki prenatalnej na nieinwazyjne oraz inwazyjne na podstawie kryterium, jakim jest ingerencja w worek owodniowy, w którym przebywa dziecko, jak również określenie ryzyka dla jego zdrowia lub życia w konsekwencji zastosowania tychże technik (por. Kornas-Biela 2009, s. 155-156)⁹.

3.1. Metody nieinwazyjne

Inaczej nazywane są przesiewowymi, z uwagi na ich cel weryfikacyjny. Choć nie są związane z ingerencją w worek owodniowy, to niektóre z nich także mogą nieść innego rodzaju ryzyko. Zaliczane są do nich różnego typu badania, oparte na metodach ultrasonograficznych lub analizie surowicy krwi matki oraz komórek płodowych w krążeniu matczynym. Należy tutaj wymienić następujące metody, dostępne na rynku medycznym w Polsce: USG genetyczne, test NIFTY, test PAPP-A, test potrójny, test zintegrowany, standardowe badanie USG w ciąży, USG 4D, badanie przepływu w obrębie przewodu żylnego, przepływ przez zastawkę trójdzielną. Ich wspólnym mianownikiem jest określenie ryzyka wad chromosomowych, będących przyczyną chorób genetycznych (por. Najwyższa Izba Kontroli 2016).

Badanie USG, wprowadzone do szpitali w latach 60. XX wieku właśnie w kontekście badań prenatalnych, należy do podstawowych, najbardziej rozpowszechnionych technik, wykonywanych w czasie ciąży, na podstawie którego można, z dużą wiarygodnością, ocenić stan płodu czy też obecność sytuacji patologicznych jego rozwoju. Użycie fal dźwiękowych o częstotliwości przekraczającej zakres słyszalności ludzkiego ucha umożliwia wizualizację rozwijającego się dziecka, nie będąc jednocześnie szkodliwe ani traumatyczne dla matki i dziecka. W niezakłóconym przebiegu ciąży wykonuje się zwy-

⁹ E. Sgreccia dzieli techniki na nieinwazyjne, minimalnie inwazyjne oraz inwazyjne (Sgreccia 2007a, s. 440).

kle trzy takie badania (Polskie Towarzystwo Ginekologiczne rekomenduje je w 11-14 tygodniu, między 18. a 22. tygodniem oraz po 30 tygodniu). Technika ta nie pozwala zweryfikować anomalii genetycznych lub chromosomowych dziecka, natomiast dostarcza wielu danych, dotyczących samego faktu poczęcia, liczby poczętych dzieci, wieku ciążowego, wagi, położenia, jak również nieprawidłowości rozwojowych i somatycznych (wad szkieletu, dysproporcji ciała, zaburzeń układu nerwowego czy innych narządów wewnętrznych) nie tylko rozwijającego się dziecka, ale też i matki (lokalizacji łożyska, obrzęków wewnątrzmacicznych, ilości wód płodowych; por. Dangel 2007, s. 31-47).

Innymi z metod nieinwazyjnych są testy biochemiczne wykonywane w pierwszym i na początku drugiego trymestru ciąży (test podwójny – PAP-Pa oraz test potrójny), do których pobierana jest surowica krwi matki. Mają one za cel określenie ryzyka wystąpienia zespołów chorobowych dziecka, związanych z zaburzeniami w liczbie i strukturze chromosomów. Aberracje chromosomowe wpływają bowiem na poziom ciążowego białka osoczonego (PAPP-A, ang. *pregnancy-associated plasma protein A*) i białka płodowego α -fetoproteiny (AFP, ang. *alpha-fetoprotein*), a także stężenie hormonów takich jak estriol oraz gonadotropina kosmówkowa (hCG, ang. *human chorionic gonadotropin*). Dzięki określeniu ryzyka wystąpienia aberracji daje się matce możliwość podjęcia decyzji o ewentualnym wykonaniu badania cytogenetycznego. Bardzo istotna jest tutaj rzetelna i uczciwa informacja lekarza na temat prawdopodobieństwa wystąpienia choroby ośrodkowego układu nerwowego (rozszerzenia kręgosłupa, zespołu Downa [trisomii 21] lub zespołu Edwardsa [trisomii 18]), a nie tylko o rzeczywistej jej obecności u nienarodzonego dziecka (por. Campanella 2015, s. 309-330).

3.2. Metody inwazyjne

Metody inwazyjne zakładają wniknięcie instrumentami medycznymi w ciało matki lub znajdującego się w jej łonie dziecka. Są to: biopsja trofoblastu, amniopunkcja, kordocenteza, fetoskopia oraz biopsja tkanek płodu, jak również wszystkie techniki diagnostyczne w procesie preimplantacyjnym, związanym z zapłodnieniem pozaustrojowym.

W pierwszym trymestrze ciąży stosowana jest biopsja kosmówki (*chorionic villus sampling* – CVS), polegająca na pobraniu, pod kontrolą USG, przez powłoki brzuszne matki tkanki, pochodzącej z zewnętrznej warstwy kosmówki, czyli trofoblastu. Rzadziej biopsja jest w tym badaniu wykonywana drogą dopochwową. Materiał poddany hodowli i badaniom genetycznym pozwala na wykrycie ok. 20 chorób metabolicznych oraz tych, które są powodowane anomaliami chromosomowymi (np. zespołu Downa). Podobna do tego bada-

nia jest placentocenteza, czyli biopsja kosmków łożyska, wykonywana ok. 20 tygodni przed porodem. Zabiegi te wiążą się z ryzykiem krwawienia, immunizacji, wycieku płynu owodniowego, a nawet poronienia (ogólnie ok. 1-5% przypadków; por. Kornas-Biela 2009, s. 156-157).

Inne badanie, amniopunkcja, ma na celu pobranie za pomocą specjalnej igły ok. 10-20 ml płynu owodniowego, w którym znajdują się złuszczone komórki płodu (np. z naskórka czy przewodu pokarmowego), a następnie ustalenie kariotypu wyhodowanych komórek. Badanie jest praktykowane między 11. a 18. tygodniem ciąży. Poddane różnym badaniom pobrane komórki dają wyniki w kierunku zdiagnozowania chorób. Analizuje się zatem komórki pod kątem: cytogenetycznym (analiza chromosomów), molekularnym (badanie DNA wykrywające ponad 1000 chorób, ustalanie ojcostwa jeszcze nienarodzonego dziecka), biochemicznym (wady rozwojowe lub choroby metaboliczne), immunologicznym (wykrycie infekcji, np. różyczki, cytomegalii, toksoplazmozy, krętków kiły). Ryzyko błędu oceniane jest na ok. 1%, natomiast powikłania w wyniku amniopunkcji są najrzadsze spośród wszystkich technik inwazyjnych (ok. 0,5-1%; por. Campanella 2015, s. 317-325).

Następny rodzaj badania to kordocenteza, przeprowadzana ok. 18. tygodnia ciąży, która zakłada pobranie krwi z żyły pępowinowej po nakłuciu pępowiny przez powłoki brzuszne, pod kontrolą USG. Po badaniu kobieta wymaga kilkunastogodzinnej opieki lekarskiej, gdyż zabieg ten jest najtrudniejszym do wykonania ze wszystkich badań inwazyjnych i niesie dwukrotnie większe ryzyko powikłań niż amniopunkcja. Na podstawie analizy próbki krwi dziecka można ustalić kariotyp, czyli zestaw chromosomów i DNA (a w konsekwencji ocenić ryzyko wystąpienia choroby genetycznej), jak również można przeprowadzić analizę morfologiczną i grupy krwi, zdiagnozować anemię u płodu, a nawet zalecić przetoczenie krwi w łonie matki (wewnątrzmaciczna transfuzja krwi; por. Kornas-Biela 2009, s. 158).

Kolejnym typem badań inwazyjnych jest fetoskopia, stosowana rzadziej niż poprzednie metody. Wykonywana jest między 18. a 20. tygodniem ciąży. Przez powłoki brzuszne matki, po wykonaniu małego nacięcia skóry, wprowadzany jest do macicy specjalny wziernik z systemem optycznym, który umożliwia oglądanie płodu, jak i wykonywanie niektórych zabiegów na nim. Ryzyko powikłań wynosi 0,5-1% (por. Campanella 2015, s. 321). Warto wspomnieć wreszcie o biopsji tkanek płodu, dzięki której uzyskuje się materiał do badań mikroskopowych i biochemicznych nienarodzonego dziecka, np. wycinka jego skóry, mięśni czy wątroby (por. Campanella 2015, s. 324-326).

4. Ocena moralna diagnostyki prenatalnej

Aby w sposób integralny ocenić jakiś akt w świetle tradycyjnej katolickiej teologii moralnej, należy wziąć pod uwagę sam przedmiot czynu, intencje osób go wykonujących oraz okoliczności. Kornas-Biela stoi na stanowisku, że trudno jest przedstawić ogólną ocenę moralną diagnostyki prenatalnej z uwagi na wielość jej metod i różne ich specyfiki (por. Kornas Biela 2009, s. 158). Dlatego też o dobru i złu moralnym diagnostyki prenatalnej będą decydowały zarówno intencja, cel działania diagnostycznego, jak i okoliczności badań, ich potencjalne skutki chciane w sposób bezpośredni i niebezpośredni. Rzetelna ocena badań prenatalnych będzie ponadto brała pod uwagę „aktorów” w nich uczestniczących, a są nimi: nienarodzone dziecko, jego rodzice oraz lekarz/lekarze. Dla pełności obrazu należy posłużyć się zinterpretowaniem tych działań w świetle niektórych zasad bioetyki personalistycznej.

Podstawowy dylemat moralny dotyczący diagnostyki prenatalnej wynika z dysproporcji między możliwościami diagnostycznymi i terapeutycznymi, którymi dysponuje współczesna medycyna. Z jednej strony bowiem niewątpliwym osiągnięciem są nowe metody diagnozowania stanu dziecka nienarodzonego, pozwalające również na podjęcie skutecznej terapii już w łonie matki, z drugiej zaś ryzyko związane zarówno z diagnostyką, jak i z terapią przy obecnym stanie wiedzy medycznej okazuje się czasem zbyt duże. Wiąże się z tym obecna w świadomości niektórych ludzi „mentalność eugeniczna” (związana z opisywaną przez Jana Pawła II „cywilizacją śmierci”), która bardzo często ujawnia intencje działania podejmowanego w diagnostyce prenatalnej. Jeśli rodzice decydują się na takie działania, należy ocenić cel, dla którego je podejmują.

Nierzadko rodzice zadają sobie pytanie o stan zdrowia dziecka poczętego, znajdującego się w łonie matki. Obok dobra dziecka jednym z podstawowych celów diagnozy jest z pewnością uspokojenie rodziców, szczególnie matki, co może wywierać ogromny wpływ na dalszy przebieg ciąży. Jednak także oczekiwanie na wynik badania i związany z tym stres nie jest czymś obojętnym dla zdrowia dziecka (por. Kornas-Biela 2009, s. 158-59).

Niezwykle istotne w ocenie moralnej jest właśnie wykazanie celu podejmowania takich badań, ze szczególnym uwrażliwieniem na wszelkie formy „mentalności eugenicznej”. Przywołując stwierdzenia instrukcji *Donum vitae* z 22 lutego 1987 roku, zawierające teleologię badań prenatalnych, *Katechizm Kościoła katolickiego* sytuuje problematykę diagnostyki prenatalnej w kontekście piątego przykazania Dekalogu oraz personalistycznej wizji ludzkiego embrionu, który „powinien być uważany za osobę od chwili poczęcia, powinno się bronić jego integralności, troszczyć się o niego i leczyć go w miarę możliwości jak każdą inną istotę ludzką” (KKK, nr 2274). Moralna akcep-

tacja diagnostyki prenatalnej zakłada zatem jedynie takie jej metody, które będą wykonywane z szacunkiem dla życia oraz integralności embrionu i płodu ludzkiego oraz mające za cel ochronę nienarodzonego człowieka lub też dążenie do podjęcia właściwego i możliwego do wykonania leczenia (por. DV, I, 2). Tym samym, jeśli diagnostyka prenatalna prowadzi do przerwania ciąży, to takie jej formy, jak i działania, które mają na celu wyrok śmierci dla nienarodzonego dziecka, w świetle etyki katolickiej, nie są do zaakceptowania. Poważnym zagrożeniem jej stosowania, szczególnie w przypadku diagnostyki preimplantacyjnej, jest nakierowanie na działania eugeniczne, zarówno ze strony rodziców, jak i lekarza. Kornas-Biela wylicza, że negatywna ocena moralna dotyczy także sytuacji podejmowania diagnozy prenatalnej w przypadku pragnienia zaspokojenia ciekawości, np. o płeć dziecka, z chęci tworzenia jego albumu fotograficznego od poczęcia czy, jak zostało wskazane, sprawdzenia stanu zdrowia dziecka, by w przypadku stwierdzenia jakiejś wady czy choroby podjąć działania zmierzające do aborcji selektywnej.

Nie można pominąć pozytywnego wymiaru rozwoju nauki i badań specjalistycznych, prowadzących do udoskonalania diagnostyki prenatalnej¹⁰. Jej pozytywna ocena moralna wynika, jak wskazano, z jasnego określenia celu terapeutycznego i wykazania braku przesłanek eugenicznych, które mogłyby kierować rodziców do podjęcia decyzji o przerwaniu życia poczętego dziecka. Należy pamiętać, że choroba jest zjawiskiem dynamicznym, stąd i diagnoza na różnych jej etapach będzie przedstawiała czasem zupełnie różne zalecenia (por. Fabó 2009, s. 41-41). Diagnoza zakłada także pewien rodzaj towarzyszenia rodzicom, w duchu zaufania, zachowania sekretu zawodowego i solidarności ze strony lekarza. Wyrażać się to może nie tylko w godziwym przeprowadzaniu badań, z poszanowaniem praw pacjenta-dziecka i pacjenta-matki, ale nade wszystko w etyce odpowiedzialności, w rozwoju właściwych metod poradnictwa (ang. *counselling*), które oparte jest na pewnej wizji antropologicznej, np. typu wykonawczego (za życiem albo za śmiercią), neutralnego albo wartościującego (na podstawie np. wartości osoby, fundamentalnej dla personalizmu chrześcijańskiego; por. Gonzales-Melado, Di Pietro 2011). Niewątpliwie antropologia chrześcijańska jest w tym kontekście najbardziej adekwatna, uwzględnia dobro osoby od poczęcia aż do naturalnej śmierci.

¹⁰ Ten optymizm poznawczy wyraził na początku lat 80. XX wieku Jan Paweł II w pierwszym przemówieniu papieskim, poświęconym *stricte* badaniom prenatalnym: „Kościół wita z radością osiągnięte dotąd wyniki i cieszy się, że może zachęcać tych, którzy wykorzystują talenty swej inteligencji w owym najdonioślejszym sektorze badań medycznych, obejmujących pierwsze miesiące istnienia bytu ludzkiego. Z drugiej strony Kościół nie może nie ostrzegać przed niebezpieczeństwami, jakie zagrażają podczas każdego zabiegu terapeutycznego dokonywanego na istnieniu, które zaledwie powołane do życia jest szczególnie delikatne i, bardziej niż w okresach późniejszych, narażone na śmierć lub nieodwracalne szkody” (Jan Paweł II 1982, s. 201).

W dalszej części ocena moralna diagnostyki prenatalnej zostanie przedstawiona z uwagi na nienarodzone dziecko, jego rodziców i lekarza z nimi współpracującego.

4.1. Nienarodzone dziecko

Postęp medycyny i rozwój wiedzy położniczej sprawiły, że od kilkadziesiąt lat zwraca się uwagę na to, że nie tylko kobieta w ciąży jest pacjentką. Także płód – nienarodzone dziecko winno być traktowane jako pacjent, który może być diagnozowany i leczony w łonie matki. Takie personalistyczne spojrzenie na nienarodzonego człowieka wprowadza kwestię badań prenatalnych we właściwą optykę. Należy uznać przysługujące nienarodzonemu dziecku prawo ochrony życia i zdrowia, rozpatrywane w kontekście niezwykle subtelnej relacji z jego matką. Tym samym diagnostyka prenatalna jawić się może nie jako zagrożenie dla jego rozwoju, a nawet życia, ale jako ogromna szansa dla dalszych losów ciąży, z uwzględnieniem powyżej wskazanych celów.

U podstaw kwestii etyczności badań prenatalnych, szczególnie jeśli chodzi o ich wykonywanie w procesie sztucznego zapłodnienia, stoi spór o status osobowy ludzkiego embrionu.

Z jednej strony – komentuje Andrzej Kobyliński – dzięki niezwykle postępowi techniki, wiemy coraz więcej o pierwszych momentach życia ludzkiego płodu. W konsekwencji przekonanie, że po zapłodnieniu powstała nowa istota ludzka, nie jest już sprawą osobistych upodobań czy metafizycznym stwierdzeniem, z którym można się spierać, ale zwykłym faktem doświadczalnym (Kobyliński 2007, s. 171).

Z drugiej strony będzie wielu przedstawicieli nauki, filozofii i medycyny kwestionujących ten osobowy charakter *nasciturusa*.

Aplikacja fundamentalnej zasady rzymskiego prawa spadkowego do dylematów bioetycznych, związanych z badaniami prenatalnymi, pozwala na poważną dyskusję i wysunięcie mocnych argumentów na rzecz ochrony życia embrionu i płodu, zagrożonego eugenicznym ich stosowaniem¹¹. Nienarodzonemu dziecku przysługiwać więc powinno prawo do badań prenatalnych w taki sam sposób, jak jest ono prawnie uznawane w przypadku matki dziecka. Jeśli uznajemy embrion czy płód ludzki za człowieka, osobę, to jego prawa jako pacjenta są takie same, jak każdego innego dorosłego.

¹¹ *Nasciturus pro iam nato habetur, quotiens de commodis eius agitur* – „Dziecko poczęte, lecz jeszcze nie urodzone, uważa się za już urodzone”, ilekroć chodzi o jego korzyść (por. Pieńkos 2010, s. 262).

Bardzo istotna jest zatem ocena negatywnych skutków, jakie określone badanie prenatalne może przynieść płodowi. Powinnością nie tylko moralną, ale też medyczną wydaje się więc unikanie stosowania „takich metod diagnostycznych, co do których uczciwiej celowości i zasadniczej nieszkodliwości nie posiadałoby się wystarczającej gwarancji” (Jan Paweł II 1982, s. 202). Wykluczone jest traktowanie płodu ludzkiego jako obiektu ewentualnych eksperymentów medycznych albo próbowanie zabiegów, które mogłyby przynieść rozwój medycyny, ale prowadziłyby do wyrządzenia dużo większych szkód nienarodzonemu, łącznie z ryzykiem uśmiercenia go.

Wśród pozytywnych skutków badań prenatalnych należy podkreślić obniżenie wskaźników umieralności okołoporodowej i noworodkowej. Oficjalne dane za lata 2013 i 2014 w Polsce są następujące: „już w 2013 r. osiągnięto efekt obniżenia umieralności okołoporodowej, a w 2014 r. wskaźnik ten wyniósł 5,6‰. Współczynnik zgonu niemowląt zmniejszył się z 4,6‰ w 2013 r. do 4,2‰ w 2014 r. Wskaźnik zgonu noworodków również zmalał z 3,1‰ w 2013 r. do 2,9‰ w 2014 r.” (Najwyższa Izba Kontroli 2016, s. 8). Wady rozwojowe i choroby płodu w Polsce występują w liczbie 3-4,5 na 100 diagnozowanych przypadków (średnio 3,5‰). Od 20 lat liczba urodzeń w Polsce nieprzerwanie maleje. Na ok. 400.000 porodów rocznie, wady rozwojowe rozpoznawane są w ok. 14.000 przypadków. Nie wszystkie jednak wymagają terapii wewnątrzmacicznej, są wśród nich bowiem wady letalne płodu (np. zaburzenia, w wyniku których dochodzi do zgonu wewnątrzmacicznego) lub też wady kośćca, mózgowia, gałek ocznych, dwunastnicy czy skóry, których nie można leczyć w terapii prenatalnej. W konsekwencji liczba płodów, które mogą być leczone w czasie ciąży to ok. 0,5% ogólnej liczby urodzeń, czyli ok. 2.000 przypadków rocznie. Brak podjęcia leczenia skutkuje śmiercią okołoporodową w 95% przypadków (por. Najwyższa Izba Kontroli 2016, s. 13).

Tym samym ok. 2.000 dzieci rocznie, u których udało się wykryć wadę w okresie prenatalnym, mogłyby dostać szansę na ograniczenie liczby powikłań i następstw wad rozwojowych, lepsze zdrowie oraz życie. Zależy to jednak głównie od tego, czy matki, mając odpowiednią wiedzę i świadomość, poddadzą się specjalistycznym badaniom prenatalnym jeszcze w okresie ciąży (Najwyższa Izba Kontroli 2016, s. 13).

4.2. Rodzice

Choć badania prenatalne wykonywane są na ciele matki nienarodzonego dziecka, jak i na samym płodzie, dla pełnej ich oceny etycznej należy wziąć pod uwagę także ojca dziecka, włączonego przynajmniej psychologicznie w ten proces badań.

Według polskiego ustawodawstwa nie wszystkie kobiety mają prawo do bezpłatnych badań prenatalnych. *Programem badań prenatalnych*, realizowanym przez Ministerstwo Zdrowia, objęto kobiety powyżej 35 roku życia oraz niezależnie od wieku te, u których stwierdzono podczas ciąży nieprawidłowy wynik badania USG i/lub badania biochemicznego. Tymczasem choćby Najwyższa Izba Kontroli w raporcie z 2016 roku wskazuje, że „ograniczenie wiekowe dostępności kobiet do bezpłatnego dla nich Programu badań prenatalnych nie ma uzasadnienia w sytuacji, gdy więcej dzieci z wrodzonymi wadami rozwojowymi rodzą matki poniżej 35 r.ż.” (Najwyższa Izba Kontroli 2016, s. 8).

Na pierwszym miejscu należy więc podjąć szeroką pracę na rzecz uświadamiania obojga rodziców, nie tylko matek, na temat pozytywnych aspektów badań prenatalnych oraz ich konsekwencjach terapeutycznych dla płodu ludzkiego. Bardzo istotna wydaje się także postulowana przez NIK zmiana prawa, by możliwe było objęcie wszystkich kobiet w ciąży, bez względu na wiek, prowadzeniem badań profilaktycznych, w tym badań prenatalnych oraz profilaktyki stomatologicznej (Najwyższa Izba Kontroli 2016, s. 13).

Celowość przeprowadzenia badań prenatalnych, która budzi najczęściej zastrzeżeń moralnych, jawi się jako taka właśnie w decyzji samych rodziców, jak również lekarza prowadzącego. Jeśli jest nią chęć uzyskania informacji, że na danym etapie rozwoju dziecko jest zdrowe (udaje się to w 95-97%), to badania takie nie budzą zastrzeżeń moralnych, nawet jeśli rodzice obawiają się urodzenia dziecka chorego, ale nie biorą pod uwagę aborcji. W przeciwnym razie, jeśli nie jest wykluczony akt aborcji, „to już samo poddanie się badaniu jest wysoce niemoralne i z katolickiego punktu widzenia jest grzechem przeciw życiu” (Kornas-Biela 2009, s. 161).

Ta radykalna ocena może być jednak zrelatywizowana w kontekście wiedzy rodziców oraz konieczności właściwego uświadomienia ich przez lekarza. Dlatego, paradoksalnie, upowszechnienie badań prenatalnych doprowadziło do nasilenia poczucia zagrożenia przed urodzeniem dziecka z wadami, choć statystycznie jedynie ok. 3% urodzeń obarczonych jest takimi wadami lub chorobami dziedzicznymi. „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” (Kornas-Biela 2009, s. 161-162; por. także: Dabrasi, Imbasciati 2010).

4.3. Lekarz

Badania prenatalne dostarczają bardzo dużo danych medycznych dla ginekologa, szczególnie tego, który prowadzi ciążę pacjentki. Wczesne wykrycie powikłań lub ryzyka wystąpienia chorób pozwala lekarzowi spojrzeć na

nienarodzone dziecko jako na pacjenta, któremu przynależą takie same prawa jak osobie dorosłej. Informacje o stanie zdrowia dziecka są bardzo istotne dla dalszego jego rozwoju.

Z punktu widzenia lekarza także sposób poinformowania rodziców, udzielenie informacji o konsekwencjach badań są kluczowe dla dalszego ich przebiegu, a w konsekwencji dla zdrowia, a nawet życia dziecka poczętego. To właśnie lekarz, uczciwie postępujący według elementarnej zasady etyki Hipokratejskiej: *Primum non nocere*, może być nazwany „advokatem” dziecka jako pacjenta. Naturalne zaufanie rodziców do diagnozy lekarskiej, sposób przedstawienia ewentualnych działań terapeutycznych, jak i uczciwa ocena czynników ryzyka pozwalają rodzicom realnie patrzeć na życie nienarodzonego dziecka. Z drugiej strony, właściwa diagnoza lekarska, ale połączona z nienastawionym na ochronę życia poczętego dziecka przedstawieniem ryzyka wystąpienia chorób czy defektów płodu, mogą prowadzić rodziców do podjęcia decyzji skrajnych, które będą potem rzutowały na dalsze koleje ich rodzicielstwa. „Czynnik ryzyka – zauważa Papieška Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia – występuje w związku z różnymi technikami diagnostycznymi i skalą ryzyka, które każda z tych technik niesie z sobą przede wszystkim w odniesieniu do życia i integralności fizycznej płodu, a tylko częściowo w odniesieniu do matki” (nr 60; por. EV, nr 14)¹².

Odpowiedzialność lekarza realizuje się zatem w tej kwestii przede wszystkim w ocenie ewentualnych negatywnych skutków, zarówno użycia określonej techniki dla życia płodu, jak i konsekwencji tych działań dla zdrowia albo życia matki. Pomocne mogą być w tym względzie zasady całościowości i proporcjonalności, wypracowane w nurcie etyki personalistycznej (por. Wróbel 1999, s. 355-436; Privitera 2004, s. 907-908; Romano 2004, s. 921-926).

Zasada całościowości (zwana terapeutyczną), znana od czasów starożytnej Grecji, a rozwijana na gruncie filozofii arystotelesowskiej i teologii tomistycznej, jak również w ostatnich latach w nauczaniu Piusa XII, jest normą, która „w wymiarze ogólnym podporządkowuje części ukonstytuowanej przez nie całości, a w odniesieniu do człowieka części jego organizmu całości bytowej osoby” (Wróbel 1999, s. 361). Dlatego w podejmowaniu decyzji zarówno o przeprowadzeniu i wyborze metody badań prenatalnych, jak i ewentualnych dalszych działań, które powinny mieć charakter jedynie terapeutyczny, lekarz, kierując się tą zasadą, winien mieć na uwadze, że „naruszenie organizmu nie może mieć na celu wyłącznie jego dobra biologicznego, ale musi się ostatecznie kierować całościowym dobrem osoby, w tym jej dobrem duchowym

¹² W *Karcie Pracowników Służby Zdrowia* z 1994 r. podstawowe problemy etyczne diagnostyki prenatalnej, jak i preimplantacyjnej przedstawione są w nn. 59-61. Wydana przez tę samą dykasterię watykańską w 2016 roku, a opublikowana w języku polskim w 2017 roku *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia* podejmuje rzeczony kwestie w podobny sposób w nr 33-36.

i moralnym” (Wróbel 1999, s. 365). Życie i zdrowie embrionu i płodu ludzkiego winny być rozpatrywane na jakościowo wyższej płaszczyźnie, a nie tylko w perspektywie funkcji pełnionych przez jego poszczególne elementy. Jak zauważył w tym względzie Pius XII, osoba nie jest podporządkowana dobru wspólnemu społeczeństwa, ale to właśnie zadaniem wspólnoty jest solidarna troska o dobro konkretnej osoby, w omawianym przypadku bezbronnej i wymagającej szczególnej troski¹³. Podejmując badania diagnostyczne, trzeba zatem brać pod uwagę, jakie dobro wyniknie z naruszenia integralności płodu, zwłaszcza przed podjęciem metod inwazyjnych. Rodzi to słuszne pytanie, czy w wyniku diagnozy (szczególnie przeprowadzanej kolejny raz) będzie można podjąć konkretne i możliwe do wykonania działania, które przyniosą większą korzyść pacjentowi niż w sytuacji, gdyby miały zostać zaniechane.

W tym kontekście pewnym wyzwaniem może być propozycja „terapii edukacyjnej” (wł. *la terapia educativa*), czyli metody towarzyszenia, podejmowanego przez lekarza dla dobra dziecka i rodziców, która jest z powodzeniem rozwijana w kontekście włoskim (por. Noia 2008). Jej celem jest zintegrowanie wiedzy medycznej z pewną personalistyczną wizją moralną, etyczną i psychologiczną życia człowieka, poprzez przyjęcie przez lekarza w opiekę rodziców nienarodzonego dziecka, którzy zwracają się o pomoc. Realizując „terapię edukacyjną”, lekarz ma za zadanie, po pierwsze, zwalczać syndrom „perfekcyjnego płodu”, to znaczy eugenicznego przekonania, że nienarodzony człowiek, u którego stwierdzono ryzyko wystąpienia jakiejś anomalii, będzie ciężarem dla rodziny i społeczeństwa. Po drugie, rolą lekarza jest ukazanie fałszu kryterium „proporcjonalnej traumy”, której zwolennicy twierdzą, że im embrion mniejszy, tym łatwiej kobieta przeżyje ewentualne konsekwencje aktu aborcji w konsekwencji niepomyślnych badań prenatalnych. Po trzecie, lekarz jest moralnie zobowiązany do towarzyszenia kobiecie i uświadomienia jej konsekwencji różnych decyzji, także tych, które prowadziłyby do wystąpienia syndromu poaborcyjnego, który może dotyczyć zarówno matki, jak i ojca dziecka. Dlatego proponowany jest lekarzowi następujący algorytm postępowania, zawsze w duchu personalizmu: towarzyszyć rodzinie – ułatwić podjęcie właściwej decyzji – a następnie podjąć właściwą troskę i opiekę nad dzieckiem i jego rodzicami (por. Noia 2008, s. 175-176).

Jak to zostało wskazane wcześniej, istotna jest w tym kontekście kolejna zasada, proporcjonalności w odniesieniu do stosowanych środków medycznych, niepolegająca na stawianiu granic działaniom lekarskim, ale na takim przyjsciu z pomocą człowiekowi potrzebującemu, aby osiągnąć dobro zarów-

¹³ Por. Pius XII, *Los límites morales de los métodos médicos. Discurso del Santo Padre Pío XII a los participantes en el I Congreso Internacional de Histopatología del Sistema Nervioso* (14 września 1952 r.), w2.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1952/documents/hf_p-xii_spe_19520914_istopatologia.html [dostęp: 01.06.2019].

no w jego wymiarze moralnym, jak i fizycznym (por. Wróbel 1999, s. 399-436). Jeśli dla ratowania zdrowia i życia człowieka powinno się wykorzystać wszystkie dostępne możliwości, można postawić pytanie: W jakim sensie diagnostyka prenatalna mogłaby być rozpatrywana jako środek zwyczajny, dzięki któremu możliwe byłoby podjęcie innych interwencji medycznych dla dobra nienarodzonego pacjenta? Do metod diagnostyki prenatalnej można odnieść wynikający z zasady proporcjonalności podział środków na proporcjonalne i nieproporcjonalne, biorąc pod uwagę możliwość zastosowania ich w konkretnym przypadku, jak i ich związek z jej skutkiem. W sensie szerokim diagnostyka prenatalna byłaby środkiem zwyczajnym, proporcjonalnym, w przypadku wykonywania jej w celu terapeutycznym, dla określenia, w jaki sposób można pomóc płodowi, co do którego pojawiło się uzasadnione podejrzenie wystąpienia jakiejś wady czy choroby.

Ze wszech miar oczywiste wydaje się, że to właśnie lekarz odgrywa decydującą rolę nie tylko w rozpoznaniu, jakie metody diagnostyki będą w kontekście danych rodziców i dziecka uważane za proporcjonalne, ale także opinia medyka ma decydujący wpływ na to, które zostaną wybrane przez rodziców. Biorąc pod uwagę hierarchię wartości i celów, jakie reprezentują ojciec i matka, lekarz nie może wymówić się od poinformowania ich o obowiązku moralnym podjęcia leczenia płodu w sytuacji zdiagnozowania takiej konieczności. Jednocześnie także lekarz winien rozwiać ich wątpliwości i zawsze działać na rzecz życia, przekazując rodzicom właściwe medyczne i etyczne argumenty na rzecz zaniechania zamiarów aborcyjnych. W obliczu odmiennej woli rodziców lekarz powinien wybrać drogę wierności własnemu sumieniu, nie ulegając pokusie porzucenia ideałów swojego powołania, a wyrażając je na drodze przysługującego mu sprzeciwu sumienia (por. Jan Paweł II 2001, nr 3).

W ocenie proporcjonalności środków bierze się także pod uwagę ich ewentualne konsekwencje dla zdrowia i życia płodu. W tym kontekście trzeba powiedzieć, że coraz częściej mówi się o ostrożności w wykonywaniu choćby podstawowego badania nieinwazyjnego, jakim jest USG, zlecając je tylko w uzasadnionych przypadkach, by nie wystawiać dziecka na do końca niepoznane następstwa biologiczne fal ultradźwiękowych. Inne zastrzeżenia w tym względzie dotyczą także konsekwencji psychologicznych podejmowanych działań, np. niebezpieczeństwa odmowy przywiązania do dziecka w trakcie ciąży, co może mieć znamiona przemocy prenatalnej, a w konsekwencji prowokować u już narodzonego dziecka cechy „zespołu ocalenia od aborcji” (por. Kornas-Biela 2009, s. 158-159, 163).

Na podstawie przedstawionych dotychczas argumentów trzeba jasno stwierdzić, że ocena moralna diagnostyki prenatalnej jest skomplikowana. Z uwagi na coraz to nowe możliwości diagnostyczne i terapeutyczne może ona budzić uzasadniony entuzjazm, ale wiele wątpliwości z nią związanych

nakazuje bardzo uważnie przyjrzeć się celowi i okolicznościom jej przeprowadzania.

Należy jednak zauważyć, że diagnostyka prenatalna nie musi się łączyć koniecznie z wyborem między terapią a aborcją. Istnieją bowiem takie sytuacje, w których rodzice nie chcą podejmować decyzji o aborcji, ale też – przy obecnym stanie wiedzy medycznej – nie jest możliwe podjęcie skutecznych metod leczniczych. Niektórzy lekarze proponują wówczas rodzicom skorzystanie z hospicjum perinatalnego, mającego na celu otoczenie opieką paliatywną nieuleczalnie chorego dziecka (por. Frączek, Jabłońska, Pawlikowski 2013, s. 106).

5. Wnioski końcowe

Celem artykułu było ukazanie złożonego zjawiska diagnostyki prenatalnej w kontekście polskim. Analizy rozwiązań prawnych, sytuacji medycznej i uwarunkowań społecznych rzuciły nowe światło na ciągle jeszcze mało przebadany problem diagnostyki prenatalnej w Polsce. Szczególnie istotna jest ostatnia część tekstu, w której zaprezentowano moralne wyzwania osób, biorących udział w tych praktykach medycznych: nienarodzonego dziecka, rodziców i lekarza/lekarzy. W świetle pryncypiów tradycyjnej katolickiej teologii moralnej, jak i zasad bioetyki personalistycznej, należy uznać, że badania prenatalne niosą wielkie szanse zarówno dla poczętych dzieci, jak i społeczeństwa. Istotny w ich ocenie jest cel wykonania takich zabiegów. Stosowanie ich eugenicznie stoi w głębokiej sprzeczności z podstawową zasadą ochrony życia i zdrowia pacjenta. Wskazano także wielką rolę lekarzy w uświadamianiu rodziców, jak i właściwym informowaniu ich o zagrożeniach i skutkach nieinwazyjnych oraz inwazyjnych metod badań prenatalnych.

Ograniczenia prawne w dostępie do badań prenatalnych w Polsce są powodem rodzenia się wątpliwych etycznie praktyk lekarskich. Jak zostało podkreślone w raporcie Najwyższej Izby Kontroli, w większości przypadków lekarze informowali kobiety, niekwalifikujące się do nieodpłatnych usług medycznych, o możliwości skorzystania z takich badań komercyjnie (por. Najwyższa Izba Kontroli 2016, s. 10; Jarosz 2012). W kontekście obecnych programów prorodzinnych i pronatalistycznych, uchwalonych przez polski Parlament¹⁴, należy dążyć do takiego stanu, w którym rodzice mieliby szerszy dostęp do badań prenatalnych, ale takich, które będą wykonywane jedynie „za zgodą dobrze poinformowanych rodziców, chroniąc życie i integralność embrionu

¹⁴ Por. Ustawa z dn. 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowaniu dzieci, w: Dz.U. z 2016 r., poz. 195.

i jego matki, nie narażając ich na nieproporcjonalne ryzyko” (DV, I, 2). Bardzo ważne jest, by z większą dostępnością do badań szła w parze właściwa wiedza medyczna i etyczna, szczególnie o ryzyku dla płodu w wypadku metod inwazyjnych oraz o zagrożeniach związanych z tendencjami eugenicznymi.

Bardzo istotne wydaje się w tym aspekcie zaangażowanie ośrodków bioetycznych i uniwersyteckich we właściwe kształcenie bioetyczne lekarzy oraz podnoszenie świadomości rodziców, aby przeciwstawić się rozwijającej się mentalności eugenicznej, która „jest haniebna i w najwyższym stopniu naganna, ponieważ rości sobie prawo do mierzenia wartości ludzkiego życia wyłącznie według kryteriów «normalności» i zdrowia fizycznego, otwierając tym samym drogę do uprawomocnienia także dzieciobójstwa i eutanazji” (EV, nr 63). To zadanie nie jest łatwe, odwołuje się bowiem do nigdy niekończącej się i mozolnej formacji sumienia lekarza, jak i rodziców poczętego dziecka.

ETHICAL DILEMMAS REGARDING PRENATAL DIAGNOSIS CONDUCTED IN POLAND

SUMMARY

Prenatal diagnosis, developed in medicine since the 1960s and practiced in Poland since the 1970s, is a set of diagnostic procedures that allow to determine the pathology of the embryo or fetus before birth. The aim of the article is to analyze the dilemmas of bioethical prenatal diagnosis in the Polish context, in the light of personalistic bioethics with an ontological foundation. Ethical dilemmas concerning people who face prenatal diagnosis: unborn child, parents and doctor are considered in a special way. The article delineates the distinction between prenatal and preimplantation diagnosis, as well as the moral evaluation of the good purpose of therapeutic prenatal diagnosis, in contrast to the bad purpose of it, which could be abortion.

Keywords: prenatal testing; prenatal diagnosis; personalistic bioethics; educational therapy; unborn; *nasciturus*; perinatal hospice

Słowa kluczowe: badania prenatalne; diagnostyka prenatalna; bioetyka personalistyczna; terapia edukacyjna; dziecko poczęte; *nasciturus*, hospicjum perinatalne

BIBLIOGRAFIA

- Boloz W. (2000), *Pierwotne i wtórne cele diagnostyki prenatalnej*, „Episteme” 7, s. 59-79.
- Campanella M. (2015), *Diagnosi prenatale e interventi su embrioni e feti. Aspetti scientifici, w: Dalla parte della vita. Fondamenti e percorsi bioetici*, red. E. Langero, G. Zeppegno, Torino, s. 309-334.
- Chelstowski J. (2000), *Defekty genetyczne dziecka a prawo do życia*, „Człowiek w Kulturze” 13, s. 171-177.
- Chen H. (2006), *Atlas of Genetic Diagnosis and Counseling*, Totowa [USA, New Jersey].
- Cherubin M. (2016), *La diagnosi preimpianto nella legge italiana e polacca. Approccio antropologico-etico*. Excerpta ex dissertatione ad Doctoratum in Theologia Morali consequendum, Pontificia Universitas Lateranensis – Academia Alfonsiana – Institutum Superius Theologiae Moralis, Romae.
- Comitato Nazionale per la Bioetica (1992), *Diagnosi prenatali*, Roma.
- Dabrasi F., Imbasciati A. (2010), *Diagnosi prenatale: pensieri, emozioni e credenze delle mamme in attesa*, „Psychofonia” 23, s. 179-208.
- Dangel J. (2007), *Diagnostyka prenatalna – mity i rzeczywistość*, „Nauka” 3, s. 31-47.
- Fabó F. (2009), *Alcune implicazioni e problemi bioetici della diagnosi prenatale*, „Studia Bioethica” 1, s. 36-47.
- Fraćzek P., Jabłońska M., Pawlikowski J. (2013), *Medyczne, etyczne, prawne i społeczne aspekty badań prenatalnych w Polsce*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2, s. 103-109.
- Galkowski J., Gula J. red. (1991), *W imieniu dziecka poczętego*, Rzym–Lublin.
- Gonzales-Melado F.J., Di Pietro M.L. (2011), *El diagnóstico prenatal genético no invasivo en el contexto de una mentalidad eugenésica*, „Medicina e Morale” 1, s. 61-88.
- Haberko J. (2010), *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa.
- Jan Paweł II (1982), *Zasady moralne diagnostyki prenatalnej. Przemówienie do uczestników kongresu Movimento per la vita*, 4 grudnia 1982 r., w: *W trosce o życie człowieka. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej* (1998), red. K. Szczygieł, Tarnów, s. 200-203.
- Jan Paweł II (1995), *Encyklika Evangelium vitae o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego*, w: *W trosce o życie. Wybrane Dokumenty Stolicy Apostolskiej* (1998), red. K. Szczygieł, Tarnów, s. 41-134.
- Jan Paweł II (2001), *Całym sercem służcie ludzkiemu życiu. Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu Katolickich Położników i Ginekologów*, 18 czerwca 2001 r., w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, t. II (2012), red. J. Brusilo, Tarnów, s. 267-269.
- Jarosz M. (2012), *The need of prenatal public health initiatives in Poland*, „Ginekologia Polska” 11, s. 854-857.
- Kobyliński A. (2007), *Czy embrion jest osobą? Spór o sztuczne zapłodnienie we Włoszech*, „Studia Ecologiae et Bioethicae” 5, s. 157-172.
- Kongregacja Nauki Wiary (1987), *Instrukcja Donum vitae o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania*, w: *W trosce o życie człowieka. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej* (1998), red. K. Szczygieł, Tarnów, s. 360-385.
- Kornas S. (1995), *Współczesne badania prenatalne a encyklika Jana Pawła II „Evangelium vitae”*, w: *Życie – dar nienaruszalny*, red. A. Młotek, T. Reroń, Wrocław, s. 129-140.
- Kornas-Biela D. (1996), *Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej*, Lublin.
- Kornas-Biela D. (2009), *Diagnostyka prenatalna*, w: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, red. A. Muszala, Radom, s. 155-164.
- Machinek M. (2009), *Diagnostyka preimplantacyjna*, w: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, red. A. Muszala, Radom, s. 150-155.

- Marcol A. red. (1998), *Etyczne aspekty diagnostyki genetycznej*, Opole.
- Neri G., Serra A. (2007), *La diagnosi prenatale oggi*, „La Civiltà Cattolica” 158, IV, 3779, s. 453-463.
- Noia G. (2008), „*La terapia educativa*”. *Una nuova frontiera nella diagnosi del „prenatale”*, „Studia Bioethica” 2-3, s. 171-177.
- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (1994), *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, w: *W trosce o życie człowieka. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej* (1998), red. K. Szczygieł, Tarnów, s. 549-627.
- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (2017), *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Katowice.
- Pieńkos J. (2010), *Praecepta iuris*, Warszawa–Poznań.
- Privitera S. (2004), *Principio di totalità*, w: *Nuovo Dizionario di Bioetica*, red. S. Leone, S. Privitera, Roma–Acireale, s. 907-908.
- Romano M.L. (2004), *Proporzionalità delle cure*, w: *Nuovo Dizionario di Bioetica*, red. S. Leone, S. Privitera, Roma–Acireale, s. 921-926.
- Serra A. (1984), *La diagnosi prenatale di malattie genetiche*, „Medicina e Morale” 4, s. 433-448.
- Sgreccia E. (2007a), *Manuale di Bioetica*, t. I, Milano.
- Sgreccia E. (2007b), *Manuale di Bioetica*, t. II, Milano.
- Tylki-Szymańska A. (2004), *Badania prenatalne – czym są?*, „Studia nad Rodziną” 8/1, s. 167-172.
- Wróbel J. (1999), *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz.U. z 1993 r. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.
- Ustawa z dn. 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowaniu dzieci, Dz.U. z 2016 r., poz. 195.
- Najwyższa Izba Kontroli (2016), *Badania prenatalne w Polsce. Informacja o wynikach kontroli*, Nr ewid. 21/2016/P/15/073/LKA, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,10793,vp,13126.pdf> [dostęp: 01.02.2019].

Publikacje internetowe

- www.prenataldiagnosisjournal.org [dostęp: 01.05.2019].
- www.ispdhome.org [dostęp: 01.05.2019].
- Pius XII, *Los límites morales de los métodos medicos. Discurso del Santo Padre Pío XII a los participantes en el I Congreso Internacional de Histopatología del Sistema Nervioso* (14 września 1952 r.), w2.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1952/documents/hf_p-xii_spe_19520914_istopatologia.html [dostęp: 01.06.2019].

Wojciech Kućko – od 2009 r. kapłan diecezji płockiej. Studiował teologię moralną na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim Jana Pawła II oraz w Accademia Alfonsiana – Istituto Superiore di Teologia Morale w Rzymie, gdzie w 2016 roku obronił doktorat na podstawie rozprawy: *Etica dei farmacisti in Italia. Verso una nuova comprensione e prassi alla luce della bioetica personalista*. Od 2016 roku wykładowca teologii moralnej w Wyższym Seminarium Duchownym w Płocku, diecezjalny duszpasterz rodzin i dyrektor Wydziału ds. Rodzin Kurii Diecezjalnej Płockiej. Od 2018 roku pracownik naukowo-dydaktyczny Wydziału Studiów nad Rodziną UKSW w Warszawie.