

BP JÓZEF WRÓBEL SCJ

ETYKA LEKARSKA, ETYKA MEDYCZNA I BIOETYKA PRÓBA METODOLOGICZNEGO ROZRÓŻNIENIA

Istotnym problemem metodologicznym każdej nauki jest określenie jej przedmiotu materialnego i formalnego. Klarowność w tej materii ma istotne znaczenie dla opisanego właściwych dla tych przedmiotów zabiegów poznawczych, a także dla sformułowania definicji danej nauki. Problem ten zyskuje na znaczeniu w przypadku nauk pokrewnych, gdy różnica między nimi ma przeważnie swą podstawę w różnym wymiarze lub zakresie tego samego przedmiotu. Niekiedy ta różnica w ogóle jest przeoczana lub sam przedmiot jest rzadziej epistemologicznie, a częściej subiektywnie rozciągany i pojawia się opinia, że chodzi o tę samą naukę określaną synonimicznymi pojęciami (jak to ma miejsce w przypadku *medycyny nuklearnej*, zwanej też niekiedy *medycyną jądrową* lub *atomową*). Taka sytuacja ujawnia się w przypadku etyki lekarskiej, etyki medycznej i bioetyki. Tożsamość tych nauk może sugerować fakt, że w opracowaniach historycznych, popularnonaukowych, a także w języku obiegowym zamiennie mówi się o sztuce lekarskiej i o medycynie, na przykład chińskiej, greckiej, rzymskiej, średniowiecznej, naukowej, naturalnej¹. Takiemu przekonaniu sprzyja łacińskie określenie tych nauk, gdyż w niektórych słownikach *medicina* jest tłumaczona między innymi jako *sztuka lekarska*². Takiemu przekonaniu dają wyraz niektóre publikacje, w których bioetyka jest utożsamiana z etyką medyczną. W efekcie etyka

Bp prof. dr hab. JÓZEF WRÓBEL SCJ – kierownik Katedry Teologii Życia KUL; adres do korespondencji: ul. S. Kard. Wyszyńskiego 2, 20-950 Lublin.

¹ Por. J. W r ó b e l. *Medycyna*. W: *Encyklopedia katolicka*. T. 12. Red. E. Ziemann. Lublin: TN KUL 2008 kol. 404-418.

² Por. B. D ą b r o w s k a. *Słownik medyczny łacińsko-polski*. Warszawa: PZWL 1990 s. 411.

lekarska nie jest odróżniana od etyki medycznej, a bioetyka od etyki medycznej. W sensie ścisłym są to jednak różne nauki, jakkolwiek daje się zauważyć ich wyraźne pokrewieństwo.

Jest też sprawą oczywistą, że wyliczone w tytule nauki nie są zawieszane w próżni, nie są więc abstrakcyjną dywagacją prowadzoną na płaszczyźnie filozoficznej. Każda z tych nauk jest spojrzeniem z perspektywy aksjologicznej (aspekt formalny) na specyficzny przedmiot ludzkiego czynu. W praktyce oznacza to, że jeżeli powyższe nauki różnią się między sobą, to każda z nich winna posiadać własny przedmiot materialny – dla etyki lekarskiej będzie to sztuka lekarska, dla etyki medycznej będzie to praktyka medyczna, a dla bioetyki będą to ingerencje biomedyczne.

W kontekście powyższych stwierdzeń rodzi się pytanie, czy autonomia tych trzech nauk ma swoją podstawę w nowych zagadnieniach ujawniających się stopniowo wraz z rozwojem nauk pokrewnych dla medycyny i z postępem biotechnologicznym, czy też posiada głębsze racje? Nasuwa się też dalsze pytanie o podmiot osobowy tych nauk: wszystkie mają jeden wspólny, czy też każda z nich ma swój odrębny podmiot? Podmiotem tych nauk nie jest bowiem tylko ten, kto profesjonalnie uprawia daną etykę, ale pierwszoplanowo autor czynu, czyli ten, kto się para sztuką lekarską, praktyką medyczną czy ingerencjami biomedycznymi.

I. SZTUKA LEKARSKA I ETYKA LEKARSKA

Sztuka lekarska jest uprawiana od najdawniejszych czasów. Jej historia pokazuje, że towarzyszy ona każdej cywilizacji, jednakże rozumienie roli lekarza i pełnionej przez niego posługi zmieniało się w ciągu wieków. Zasadniczo było ono związane nie tylko ze zdobytym doświadczeniem terapeutycznym, ale również z właściwymi dla danego okresu koncepcjami filozoficznymi, rozumieniem istoty ludzkiej oraz interpretacjami zjawisk naturalnych, a zwłaszcza zdrowia i choroby. W kulturach pierwotnych posiadała ona przeważnie interpretację magiczną, animistyczną, fetyszystyczną lub szamańską. W kręgach kultur sakralnych (np. semickich) posługa lekarska była interpretowana religijnie i była spełniana przeważnie przez kapłanów. Jednakże już od VI w. przed Chrystusem, zwłaszcza w greckim kręgu kulturowym, zaczął się dokonywać proces racjonalizacji medycyny, jako efekt stosowanych metod badawczych, naturalnej interpretacji procesów biologicznych i procesów życia,

a równoległe także rozumienia natury zdrowia oraz stanów chorobowo-patologicznych³.

Przemiany te otwarły przestrzeń dla naukowego rozwoju sztuki lekarskiej. Znaczące zasługi w tym procesie ma już Alkmajon (VI/V w. przed Chr.), przedstawiciel szkoły lekarskiej w Krotonie, autor pierwszego traktatu naukowego o sztuce lekarskiej – *O naturze*. Zwracał on uwagę na rolę wnioskowania indukcyjnego oraz diagnozowania choroby na podstawie objawów. Doniosły wkład w ten proces ma szkoła lekarska z Kos, a zwłaszcza jej przedstawiciel Hipokrates. Jako pierwszy uprawiał medycynę w sposób usystematyzowany, pozbawiony elementów magicznych i nieracjonalnych. W dalszej kolejności elementy sztuki lekarskiej są rozwijane przez przedstawicieli szkół aleksandryjskich, zwłaszcza przez Herofilosa i Erasistratosa (III w. przed Chr.). Zajmowali się oni zwłaszcza anatomią i fizjologią człowieka oraz kładli nacisk na badania teoretyczne. Podstawową rolę odgrywały zaś doświadczenia. W okresie rzymskim do znacznego rozwoju naukowej medycyny przyczynił się Aulus Cornelius Celsus (53 przed Chr. – 7 po Chr.; według innych autorów żył w latach 25 przed Chr. – 45 po Chr.; 25 przed Chr. – 50 po Chr.), autor ośmiotomowego dzieła *De medicina*⁴. Stosował on metodę obserwacji i eksperymentów. Sporo uwagi poświęcił opisowi chorób, a zwłaszcza leczonych chirurgicznie. W tym kontekście podał opisy operacji oraz stosowanych narzędzi. Zalecał też ćwiczenia fizyczne i racjonalną dietę, jako warunki zdrowego życia. Za największego po Hipokratesie lekarza starożytności jest uważany Galen (Galenus Claudius, ur. ok. 130 – zm. ok. 200). Również on reprezentował kierunek racjonalny. Nauczał, iż elementy ludzkiej anatomii są zbudowane i scalone celowo, a organizm rozumiał jako „cudowną maszynę”, którą stworzył „wyższy rozum” przenikający cały wszechświat. Znaczący był jego wkład w ludzką anatomię i fizjologię (uchodzi za ojca eksperymentalnej fizjologii), szczegółowo opisał szkielet, stawy, więzadła, mięśnie, dokonał podziału tkanek, badał nerwy, mózg, rdzeń kręgowy, fizjolo-

³ Por. B. B u j a ł o w s k a. *Spontaniczny rozwój medycyny od empirii do medycyny kapitańskiej. Medycyna jako przedmiot kultu*. W: *Historia medycyny*. Red. T. Brzeziński. Warszawa: PZWL 1988 s. 23-44; B. S e y d a. *Dzieje medycyny w zarysie*. Warszawa: PZWL 1977³ s. 20-49; W. S z u m o w s k i. *Historia medycyny. Filozoficznie ujęta*. Warszawa: Sanmedia 1994³ s. 19-63.

⁴ Kolejne tomy tego dzieła są poświęcone następującym zagadnieniom: Księga 1 – Historia Medycyny, Księga 2 – Ogólna Patologia, Księga 3 – Wybrane choroby, Księga 4 – Części Ciała, Księga 5 i 6 – Farmakologia, Księga 7 – Chirurgia, Księga 8 – Ortopedia.

gię głosu, znacząco posunął wiedzę w zakresie patologii i środków terapeutycznych⁵.

Kolejne wieki niosą ze sobą systematyczny rozwój wiedzy i możliwości sztuki lekarskiej, ale cały czas aż do drugiej połowy XVIII w. charakteryzują ją te same cechy. Ma ona charakter raczej prostych i ograniczonych w swych możliwościach działań. Sam lekarz (choć czasami w obecności asystentów czy uczniów⁶) bada pacjenta, stawia diagnozę, aplikuje środki i metody lecznicze, nierzadko przez niego samego przygotowane, zwłaszcza że przeważnie zawód aptekarza był oddzielony – niekiedy nawet urzędowo – od zawodu lekarza⁷. Podejmowane działania miały prawie wyłącznie charakter dobroczynno-terapeutyczny i ograniczały się najczęściej do wymiaru objawowego, czyli starały się niwelować dolegliwości i przeciwdziałać widocznym skutkom choroby.

Tak realizowanej praktyce towarzyszy od początku refleksja etyczna. Formułuje ona zobowiązania stanu i zasady pełnienia posługi, które zostają ujęte w kodeksy i przysięgi składane przez adeptów omawianej profesji. Dopiero z czasem pojawiają się szersze opracowania „podręcznikowe” w postaci traktatów.

Za najstarszy, zachowany „kodeks” *etosu lekarskiego* można uznać wskazania *Charaki (Ācharaki) Samhita*, ojca indyjskiej medycyny, uwiecznione w pismach o Ayurwedzie z ok. IV-II w. przed Chr. (nowsza jego redakcja pochodzi z okresu między I w. przed Chr. i I w. po Chr.). Wydaje się, że jest to zbiór formuł staroindyjskich, do których odwoływali się lekarze praktykujący już na wiele wieków przed narodzeniem Pana Jezusa. W pismach zostaje podkreślone, że posługę lekarską może pełnić osoba do tego przygotowana. Jej powołaniem jest filantropijna posługa wobec osób chorych. Celem tej posługi nie jest zdobywanie pieniędzy, ale służba społeczeństwu. Ratowanie

⁵ Por. T. B r z e z i ń s k i. *Wiedza o budowie i czynnościach organizmu ludzkiego*. W: *Historia medycyny* s. 108; E. S i e ń k o w s k i. *Chirurgia – etapy rozwoju*. W: *Historia medycyny* s. 193-195; S e y d a. *Dzieje medycyny w zarysie* s. 49-55, 60-75; S z u m o w s k i. *Historia medycyny. Filozoficznie ujęta* s. 65-144.

⁶ W omawianym okresie przyszli lekarze studia przygotowawcze odbywają przeważnie pod kierunkiem jednego mistrza, co nie stoi w sprzeczności z faktem, że w niektórych regionach średniowiecznej Europy lekarze kształcą się w szkołach (pierwsze znane funkcjonowały już w IX w. w Montpellier i w Salerno), gdzie wykłady prowadzili uznani mistrzowie. Od XIV w. wydział medycyny musiał posiadać każdy nowo zakładany uniwersytet.

⁷ Por. A. D r y g u s. *Dawne terapie. Lek i jego formy, sposoby wytwarzania i dystrybucji*. W: *Historia medycyny* s. 193-195; S e y d a. *Dzieje medycyny w zarysie* s. 158-184, a zwł. s. 172-175.

ludzkiego życia jest źródłem najwyższego, społecznego szacunku dla lekarza. Ono jest bowiem największą wartością⁸.

Najbardziej znanym zbiorem etyki lekarskiej jest jednak *Przysięga Hipokratesa*, przypisywana Hipokratesowi (ok. 460 – ok. 377 przed Chr.), lekarzowi greckiemu, głównemu przedstawicielowi szkoły lekarskiej na wyspie Kos. Zgodnie z przysięgą lekarz zobowiązywał się do bycia człowiekiem cnotliwym, prawym, ceniącym altruizm, dyskrecję, czystość, skromność w przyjmowaniu honorariów.

Wysoki ideał moralny, który winien uosabiać lekarz, nie był podyktowany tylko przez filozoficzny i kulturowy kontekst tworzony przez pitagorejczyków. Pełnił on bardzo ważną rolę w posłudze lekarskiej. Wobec ograniczonych możliwości ówczesnej sztuki lekarskiej, zwłaszcza wysokiej śmiertelności w przypadku ingerencji chirurgicznych, moralne życie lekarza miało na celu tworzenie klimatu zaufania do niego i na tej drodze budzenie w społeczeństwie przekonania, że nie jest on szarlatanem wykorzystującym interesownie zdrowotną kondycję człowieka chorego. Wprost przeciwnie, jest on człowiekiem uczciwym, który traktuje pacjenta z powagą na miarę faktycznych możliwości wiedzy lekarskiej⁹. Jedynym celem jego praktyki jest dobro człowieka w zakresie zdrowia i ochrony jego życia¹⁰. Taka postawa konsekwentnie wykluczała w samym punkcie wyjścia przeprowadzanie aborcji i podawanie zabójczej trucizny pacjentowi, nawet jeżeli on sam życzyłby sobie tego¹¹.

⁸ C h a r a k S a m h i t a. *Most Complete and Authentic Ayurveda Book*. [Http://www.charakasamhita.com/](http://www.charakasamhita.com/): „A doctor who works for the betterment of humanity and not for money is highly respectable man and his position is above all. [...] A doctor who would save a man from life threatening disease and gives new life to the patient. There is no man as respectable as him in the world. Life is most precious thing in the world. Saving life is highest and most valuable form of charity”. Por. także G. J. M e u l e n b e l d. *A History of Indian Medical Literature*. T. 1A. Groningen: E. Forsten 1999-2000 s. 7-180.

⁹ Por. S. S p i n s a n t i. *Vita fisica*. W: *Corso di morale*. T. 2: *Diakonia (Etica della persona)*. Red. T. Goffi, G. Piana. Brescia: Editrice Queriniana 1983 s. 133-134; H. E. S i g e r i s t. *On Hippocrates*. „Bulletin of the History of Medicine” 1934 nr 2 s. 190-214.

¹⁰ W *Przysiędze Hipokratesa*: „Będę stosował zabiegi lecznicze wedle moich możliwości i zdolności ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy. [...] W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją. Do jakiegokolwiek wejść domu, wejść doń dla pożytku chorych, wolny od wszelkiej chęci krzywdzenia i szkodenia, jako też wolny od pożądań zmysłowych, tak względem niewiast jak mężczyzn, względem wolnych i niewolników”.

¹¹ W *Przysiędze Hipokratesa*: „Także nikomu nie podam śmiertelnego środka, także nawet, gdy będę o to proszony, i nikomu nie będę przy tym doradzał; również nie podam żadnej kobiecie środka do spędzenia płodu”.

Konkretnym wyrazem takiego stosunku do pacjenta są dwa fundamentalne nakazy deontologii lekarskiej – *salus aegroti suprema lex* oraz *primum non nocere*. Zasady te były na tyle doniosłe, że w wymiarze pozytywnym zobowiązywały lekarza do przychodzenia pacjentowi z możliwą pomocą, a w wymiarze negatywnym zabraniały mu wykonywania ingerencji zbyt ryzykownych (niebezpiecznych) mogących rzucić cień wątpliwości na prawość jego zamiarów czy też na samą sztukę¹², a w niektórych ujęciach również leczenia pacjenta znajdującego się w beznadziejnym stanie¹³.

Dobro pacjenta jest w *Przysiędze* rozumiane integralnie. Wyrażało się nie tylko w trosce o jego zdrowie, ale również o jego dobre imię. Lekarz zobowiązywał się bowiem do zachowania w tajemnicy wszystkiego, co by poznał przy okazji pełnienia posługi¹⁴. Także w tym wymiarze miała ona budzić zaufanie do lekarza. W przedstawieniu swoich problemów zdrowotnych, a następnie w procesie terapeutycznym pacjent nie jest krępowany obawą, że jego kondycja życiowa, zwłaszcza jej krępujące momenty, mogą zostać upublicznione.

Powyższy *Kodeks* stał się modelem wzorczym dla wszystkich późniejszych kodeksów, poczynając od *Deklaracji Genewskiej*, zwanej również *Genewską Przysięgą Lekarską* (*The Hippocratic Oath formulated at Geneva; Serment d'Hippocrate, formule de Genève*), która została sformułowana w 1948 r. z inicjatywy WHO, a następnie uchwalona w 1965 r. przez Światowe Stowarzyszenie Medyczne (World Medical Association). Z czasem do *Kodeksu Hipokratesa* nawiązują polskie Kodeksy Etyki Lekarskiej, poczynawszy od *Przysięgi Lekarskiej z XV w.* składanej na Akademii Krakowskiej, a skończywszy na najnowszym kodeksie, uchwalonym 2 stycznia 2004 r.¹⁵

¹² W *Przysiędze Hipokratesa*: „Aby nie spowodować bezpłodności u mężczyzny w żadnym wypadku nie usunę kamienia u chorego na kamicę, ale zabieg ten pozostawię temu, kto jest z nim obeznany”. Takimi działaniami zajmowały się zupełnie inne korporacje lekarzy, którzy niekiedy inaczej byli nazywani, na przykład kamienie pęcherzowe leczyli *litotomiści* (por. E. S i e ń k o w s k i. *Chirurgia – etapy rozwojowe*. W: *Historia medycyny* s. 202-204.

¹³ Por. T. K i e l a n o w s k i. *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*. W: *Etyka i deontologia lekarska*. Red. T. Kielanowski. Warszawa: PZWL 1985² s. 9.

¹⁴ W *Przysiędze Hipokratesa*: „Cokolwiek bym podczas leczenia czy poza nim w życiu ludzkim ujrzał czy usłyszał, czego nie należy rozgłaszać, będę milczał, zachowując to w tajemnicy”.

¹⁵ Por. *Kodeks Etyki Lekarskiej*. Tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy. Warszawa: Naczelna Izba Lekarska 2004. http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd-7/kel; J. W r ó b e l. *Lekarska etyka*. W: *Encyklopedia katolicka*. T. 10. Red. E. Ziemann. Lublin: TN KUL 2004 kol. 704-706.

Podstawę etyki *Kodeksu Hipokratesa* i nawiązujących do niego stanowiły nie tyle zasady moralne oparte na określonym systemie filozoficznym, co nakazy podyktowane przez deontologię korporacyjną, to znaczy przez powinności właściwe stanowi lekarskiemu¹⁶. Fundamentalną rolę pełni w nich postawa filantropijna, a także wspomniany wyżej obowiązek pielęgnowania przez lekarzy wysokiego ideału moralnego, postępowania zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej (*lege artis*), troszczenia się o zdrowie pacjenta (*salus aegroti suprema lex*) oraz wystrzegania się wszystkiego, co mogłoby stworzyć dla niego zbyt duże ryzyko lub mu szkodzić (*primum non nocere*).

Mając na uwadze fakt, że praktycznie podmiotem sztuki lekarskiej był sam lekarz, on sam był też podmiotem etyki lekarskiej. Zgodnie z wcześniejszymi uwagami, przedmiotem jest konkretny akt lekarski rozpatrywany przede wszystkim z perspektywy jego motywacji i zgodności z posiadaną wiedzą. Istotnym przedmiotem etyki lekarskiej jest także stosunek do innych przedstawicieli stanu lekarskiego podyktowany przez obowiązek chronienia ich dobrego imienia, czyli raz więcej chronienia autorytetu całej korporacji.

II. PRAKTYKA MEDYCZNA I ETYKA MEDYCZNA

Jak długo praktyka lekarska posiada postać „prostych” i doraźnych zabiegów, ich skuteczność jest ograniczona, a zasadniczym podmiotem jest sam lekarz, tak długo przedstawione zasady postępowania są wystarczające. W drugiej połowie XVIII wieku, a już wyraźnie w XIX wieku, w medycynie zaczęły się dokonywać poważne przeobrażenia. Były one efektem szybkiego rozwoju nauk biologicznych, medycznych i technicznych. Znaczące postępy czyni biologia i fizjologia człowieka, a także wiedza na temat podstaw zdrowego życia. W tym kontekście bardzo duże znaczenie mają odkrycia z zakresu higieny, żywienia i odpoczynku, a także mikrobiologii, bakteriologii, wirusologii i chorób zakaźnych.

Bakterie zostały wprawdzie odkryte już w 1686 roku przez holenderskiego przyrodnika Antoniego van Leeuwenhoeka, ale w 1838 roku niemiecki lekarz, ginekolog, przyrodnik i zoolog, Christian Gottfried Ehrenberg (1795-1876), poczynił dalsze ważne kroki i nazwał je bakteriami (z języka greckiego *bak-*

¹⁶ Nie brak jednak opinii próbujących dopatrzeć się źródła dla tych zasad, a nawet samej *Przysięgi* w filozoficznej etyce pitagorejskiej (V-III w. przed Ch.), w jej idei świętości życia i obowiązku jego poszanowania (por. H. E. S i g e r i s t. *A History of Medicine*. New York: Oxford University Press 1960 s. 303; S p i n s a n t i. *Vita fisica* s. 129-135).

t̄erion – „pałeczka”). Autorami ważnych odkryć w tej materii byli następnie Ludwik Pasteur (1822-1895) i Robert Koch (1843-1910). Z kolei w 1892 r. rosyjski uczoney Dmitri Josifowich Ivanovski (1864-1920) uzyskał pierwsze przesłanki sugerujące istnienie wirusów. Zostały one wyizolowane po raz pierwszy w 1927 roku przez C. G. Vinsona i A. W. Petre’a.

W tym samym czasie medycyna zaczyna dysponować coraz to doskonalszymi specyfikami profilaktycznymi, terapeutycznymi, wzmacniającymi. Na podkreślenie zasługuje, między innymi, odkrycie witamin (1897) i antybiotyków, w tym pierwszego z nich – penicyliny (w 1927 przez Fleminga). Z kolei rozwój anestezjologii (pierwsze zastosowanie eteru w 1842; pierwsze uśpienie chloroformowe zastosowano w 1847 roku) i antyseptyki (od 1867 roku) umożliwiło rozwój nowoczesnej chirurgii¹⁷.

Drugi filar dynamicznego rozwoju medycyny to znaczący postęp w zakresie nauk fizycznych i technicznych. Dzięki nim medycyna korzysta z coraz doskonalszych narzędzi badawczych, wspomagających i manipulacyjnych. Ważnym wydarzeniem było, między innymi, wprowadzenie do badań promieni rentgenowskich (odkrytych w 1895 roku przez W. C. Röntgena), a następnie promieniowania jądrowego (odkrytego w 1896 roku przez A. H. Becque-rela; pierwsze próby wykorzystania w medycynie miały miejsce w latach dwudziestych XX wieku, ale przełom od 1934 roku), zastosowanie sztucznego respiratora (opatentowanego przez Philipa Drinkera z Uniwersytetu Harvarda w Cambridge koło Bostonu w 1848 roku, a w październiku 1928 roku po raz pierwszy zastosowanego w dziecięcym szpitalu w Bostonie – tzw. żelazne płuco), dializatora (zbudowanego w 1912 r., a w 1943 r. W. J. Kolff z Holandii opatentował sztuczną nerkę), rozrusznika serca (pierwszy zewnętrzny rozrusznik serca zbudował John Hopps w 1950, a pierwszy wewnętrzny rozrusznik implantował 08.10.1958 Åke Senning, szwedzki kardiochirurg w Sztokholmie), ultrasonografu (USG; pierwsze próby w diagnostyce prowadzone były już w czasie II wojny światowej; praktycznie zostały zastosowane w szpitalnictwie na przełomie lat 60. i 70. XX wieku do diagnostyki płodu) i wykorzystanie izotopów promieniotwórczych w diagnozowaniu i leczeniu chorób, zwłaszcza nowotworowych (niedługo po odkryciu promieni X w 1895 roku i odkryciu radu przez Marię i Piotra Curie w 1902; pierwszy ośrodek leczenia radem nowotworów stworzono w 1906 roku).

¹⁷ Por. W. U. E c k a r t. *Illustrierte Geschichte der Medizin. Von der französischen Revolution bis zur Gegenwart*. Berlin–Heidelberg: Springer-Verlag 2011² s. 139-143; S e y d a. *Dzieje medycyny w zarysie* s. 197-430; S z u m o w s k i. *Historia medycyny. Filozoficznie ujęta* s. 522-661.

Przedstawiony rozwój pozwala medycynie wypracować coraz bardziej zaawansowane metody lecznicze, w tym ingerujące głęboko w ludzką biologię i fizjologię. W efekcie medycyna nie zadowala się już terapią objawową, ale stara się leczyć choroby i stany patologiczne na poziomie ich przyczyn. Stąd otrzymuje ona już charakter przyczynowy (np. nie zadowala się niwelowaniem zewnętrznych objawów stanów zapalnych, czy poprawianiem złego samopoczucia człowieka chorego, ale stosuje leki blokujące rozwój tych stanów, na przykład niszcząc mikroby je wywołujące [np. sulfonamidy, antybiotyki], sięga po specyfiki wzmacniające organizm lub też wymuszające reakcje obronne, reguluje lub uzupełnia pracę gruczołów wydzielania wewnętrznego). Jednocześnie w coraz większym stopniu zaczyna zwracać uwagę na pozytywną ochronę zdrowia i życia człowieka, co stwarza podstawy dla rozwoju medycyny zapobiegawczej (prewencyjnej), a z drugiej strony rekonwalescencyjnej (naprawczej).

Ważnym czynnikiem sprzyjającym postępowi w medycynie jest rozwój instytucji naukowych i produkcyjnych pracujących na rzecz medycyny oraz równoległy rozwój struktur społecznych i politycznych. Medycyna przekracza bowiem ramy prostej, traktowanej indywidualnie, sztuki lekarskiej i coraz bardziej przyjmuje kształt działania zespołowego, warunkowanego poparciem społecznym i politycznym. Upowszechniają się publiczne szkoły i uczelnie medyczne. Rozwijają się szpitalnictwo, przychodnie, sanatoria, a także wewnętrzne struktury służby zdrowia. Zaczynają funkcjonować ubezpieczenia i fundusze zdrowotne, które umożliwiają szerokiemu gronu pacjentów korzystanie z niejednokrotnie kosztownych form opieki zdrowotnej. Działalność ta zakłada rozwój instytucji państwowych, finansowych (np. ubezpieczeniowych) i prawa regulującego funkcjonowanie lecznictwa i służby zdrowia. W rezultacie rozwój medycyny zakłada odpowiednią politykę społeczną i zdrowotną prowadzoną przez państwo.

Taki obraz medycyny pozwala zrozumieć, że podmiotem bezpośrednim etyki medycznej nie jest już tylko sam lekarz, ale często są nim zespoły medyczne, pracownicy służby zdrowia oraz sam pacjent. Troska o zdrowie zakłada bowiem ich współodpowiedzialność i czynne współdziałanie. Z kolei przedmiotem etyki medycznej w sensie ścisłym jest konkretny akt medyczny, jego forma, cel, skutki, stosowane metody i środki. Ze strony pacjenta tym przedmiotem jest jego stosunek do własnego zdrowia oraz jakość współdziałania z zespołem prewencyjnym, terapeutycznym czy też rekonwalescencyjnym.

W znaczeniu szerszym podmiotem etyki medycznej są przedstawiciele struktur warunkujących działanie zespołów medycznych i szeroko rozumianej służby zdrowia, a więc przedstawiciele nauk przyrodniczych, medycznych

i technicznych, a także instytucji społeczno-politycznych odpowiedzialnych za kształt służby zdrowia, za jej kondycję materialną i intelektualną, za zdrowotne warunki życia społeczeństwa. Do grona tych podmiotów należy również zaliczyć twórców prawa normującego funkcjonowanie sfery zdrowia publicznego i gwarantującego zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli, w tym możliwość korzystania z prawa do opieki zdrowotnej. Z kolei przedmiotem dalszym etyki medycznej jest troska wspomnianych wyżej osób o kształt i funkcjonowanie opieki zdrowotnej, zwłaszcza jeśli chodzi o cele wyznaczane badaniom i eksperymentom medycznym, produkcję czy dystrybucję środków medycznych, koszty leczenia i zasady ich finansowania, a także decyzje, które na różnych szczeblach życia politycznego, gospodarczego i naukowego dotyczą kwestii zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej.

Prawdziwym wyzwaniem dla refleksji etycznej nad praktyką medyczną jest określenie podstaw jej oceny. W przypadku prostych działań wystarczającym kryterium jest – podobnie jak w przypadku etyki lekarskiej – dobro pacjenta w zakresie jego zdrowia – *salus aegroti suprema lex*. W wymiarze społecznym jest nim zdrowotny dobrostan obywateli, jako element społecznie możliwego do zagwarantowania poziomu „jakości ich życia”. W tym wymiarze niezbywalnym kryterium jest zasada sprawiedliwości społecznej w dostępie do świadczeń i środków medycznych.

Ze względu na zaawansowany charakter wielu praktyk medycznych i rozległy zakres ingerencji w strukturę psychosomatyczną człowieka, powyższe zasady o charakterze ogólnym domagają się nierzadko uszczegółowienia. Stąd w refleksji etycznej ważną rolę odgrywają takie zasady, jak obowiązek maksymalnego poszanowania biologiczno-anatomicznej integralności pacjenta (przez co zostaje wykluczone niekonieczne okaleczanie na poziomie anatomicznym i fizjologicznym – *primum non nocere*) i minimalizowanie ryzyka (ryzyko związane z podjętym działaniem nie może być większe niż przewidywane negatywne skutki zaniechania tego działania). W konkretnych rozstrzygnięciach bardzo pomocna jest także dobrze zinterpretowana *zasada solidarności, czynu o podwójnym skutku, całościowości, proporcjonalności*¹⁸. W partykularnych przypadkach niedostatku środków czy ograniczonych możliwości leczenia (np. niedostatek dializatorów, niedostatek pracowników służby zdrowia) pomocną rolę może pełnić *zasada porządku miłości*. Pozwala ona

¹⁸ Por. J. W r ó b e l. *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*. Kraków: Wyd. SCJ 1999 s. 261-436; Z. G r a b c z a k. *Problematyka etyczna patologii ciąży. Studium w świetle współczesnego nauczania Kościoła*. Lublin: TN KUL 2005 s. 119-184.

rozstrzygnąć dylematy związane z pierwszeństwem dostępu do środków czy terapii¹⁹.

Ocena etyczna poczynań medycyny domaga się również szczególnych rozwiązań i strategii w przypadku ingerencji wykraczających poza ramy klasycznej pomocy medycznej (ściśle terapeutycznej), naruszających integralność człowieka (np. sterylizacja), mających charakter manipulacji na ciele lub psychice człowieka (np. niektóre typy chirurgii plastycznej, doping, narkotyki, hormonalna antykoncepcja), kiedy osoba korzystająca ze świadczeń służby zdrowia nie jest już pacjentem w sensie ścisłym, ale klientem, a lekarz usługodawcą.

Skrótowo przedstawiona sytuacja jeszcze bardziej się komplikuje w przypadku prób wypracowania konsensusu etycznego w społeczeństwach pluralistycznych, w przypadku rozwiązań prawnych abstrahujących od klasycznych norm deontologicznych (poczynając od zasad *salus aegroti suprema lex* i *primum non nocere*), czy też w przypadku prób ukształtowania opinii społecznej przez określone grupy lobbystyczne (za którymi przeważnie stoi przemysł farmakologiczny, zwolennicy struktur kultury antysolidarnościowej czy ideologii anty-life²⁰) i rozwiązań prawnych nieuznających wartości uniwersalnych czy też prawa naturalnego. W powyższych sytuacjach tworzy się różne koncepcje etyki medycznej, w tym nierzadko rozwiązania o charakterze pragmatycznym i utylitarystycznym²¹.

W społeczeństwach nowoczesnych przedstawione wyżej zasady i rozwiązania otrzymują przeważnie społeczne uprawomocnienie na drodze normalizacji

¹⁹ Jak trudne i złożone mogą to być dylematy, ukazuje np. P. Ramsey (*Pacjent jest osobą*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX 1977 s. 275-314). Por. także G r a b c z a k. *Problematyka etyczna patologii ciąży* s. 179-181.

²⁰ Por. J a n P a w e ł II. Encyklika *Evangelium vitae*. Watykan 1995 nr 12: „jest również prawdą, że stoimy tu wobec rzeczywistości bardziej rozległej, którą można uznać za prawdziwą strukturę grzechu: jej cechą charakterystyczną jest ekspansja kultury antysolidarystycznej, przybierającej w wielu wypadkach formę autentycznej «kultury śmierci». Szerzy się ona wskutek oddziaływania silnych tendencji kulturowych, gospodarczych i politycznych, wyrażających określoną koncepcję społeczeństwa, w której najważniejszym kryterium jest sukces. Rozpatrując całą sytuację z tego punktu widzenia, można mówić w pewnym sensie o wojnie silnych przeciw bezsilnym: życie, które domaga się większej życzliwości, miłości i opieki, jest uznawane za bezużyteczne lub traktowane jako niezdolny ciężar, a w konsekwencji odrzucane na różne sposoby. Człowiek, który swoją chorobą, niepełnosprawnością lub – po prostu – samą swoją obecnością zagraża dobrobytowi lub życiowym przyzwyczajeniom osób bardziej uprzywilejowanych, bywa postrzegany jako wróg, przed którym należy się bronić albo którego należy wyeliminować. Powstaje w ten sposób swoisty «spisek przeciw życiu». Wciąga on nie tylko pojedyncze osoby w ich relacjach indywidualnych, rodzinnych i społecznych, ale sięga daleko szerzej i zyskuje wymiar globalny, naruszając i niszcząc relacje łączące narody i państwa”.

²¹ Por. W r ó b e l. *Medyczna etyka* kol. 421-425.

prawnej. Szczególną rolę pełnią w niej partykularne artykuły konstytucji i kodeksów (w tym lekarskich), ustawy, rozporządzenia, dekrety. Prawo to koncentruje się zasadniczo na wyznaczeniu standardów w relacjach lekarza z pacjentem, w tym wolności sumienia lekarza, autonomii pacjenta, zachowania tajemnicy zawodowej, ochrony człowieka w badaniach medycznych, poszanowania przekonań religijnych pacjenta, zasad wykonywania zawodu i prawnej odpowiedzialności lekarza²².

III. INGERENCJE BIOMEDYCZNE I BIOETYKA (ETYKA BIOMEDYCZNA)

Mniej więcej od połowy XX wieku w medycynie dokonuje się kolejny przełom jakościowy, wychodzący poza ramy wyznaczone dotychczas przez sztukę lekarską i praktykę medyczną. Momentem uznawanym za początek nowej epoki jest rok 1953, kiedy to Francis H. C. Crick oraz Jonas D. Watson przedstawili model strukturalny i funkcjonalny kwasu dezoksyrybonukleinowego (DNA). Z kolei w 1970 r. amerykański naukowiec Hamilton Smith odkrył i scharakteryzował enzymy restrykcyjne, a więc naturalne enzymy stanowiące podstawowe narzędzie inżynierii genetycznej, której początki sięgają 1973 roku. Odkrycie to otwiera drogę do terapii genowych, a także do manipulacji genetycznych. Nie brakuje również wizjonerów, którzy marzą o ulepszaniu człowieka i genetycznym programowaniu jego możliwości zgodnie z określonym paradygmatem.

W połowie XX wieku opracowano hormonalną pigułkę antykoncepcyjną i na początku lat sześćdziesiątych wprowadzono ją na rynek. Odtąd człowiek jest w stanie manipulować ludzką płodnością.

Od końca XVIII wieku prowadzi się próby z zapłodnieniem wewnątrzustrojowym. W 1790 roku szkocki lekarz John Hunter przeprowadził pierwszy w historii udany zabieg inseminacji kobiety, wykorzystując w nim gamety jej męża. Z kolei w 1884 r. dr William Pancoast przeprowadził z powodzeniem pierwszy zabieg o charakterze heterologicznym. Jednak dopiero od lat czter-

²² Por. np. M. S a f j a n. *Prawo i medycyna*. Warszawa: Oficyna Naukowa 1998; A. H u k. *Tajemnica zawodowa lekarza w polskim procesie karnym*. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC 2006; *Tajemnica lekarska: materiały z posiedzenia Komisji Etyki Lekarskiej w dniu 15.11.1993*. Red. I. Kleszczowa. Kraków: PAU 1994; Z. M a r e k. *Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*. Kraków: Wydawnictwo Medyczne 2007; E. Z i e l i ń s k a. *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*. Warszawa: „Liber” 2001; M. S o ś n i a k. *Cywilna odpowiedzialność lekarza*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze 1989.

dziestych XX wieku prowadzi się intensywne badania nad opanowaniem technik prokreacji pozaustrojowej. Prym wiodą dwa zespoły badawcze: angielski z siedzibą w Cambridge i Manchester (prof. Robert Geoffrey Edwards, fizjolog z Physiological Laboratory w Cambridge, Patrick Christopher Steptoe, ginekolog i położnik, pionier w laparoskopii, z „Bourn Hall Clinic” w Cambridge, B. Bavister z Oldham and District General Hospital z Lancashire) oraz australijski z Monash University w Melbourne (prof. A. O. Trounson, C. Wood, A. Lopata). W końcu 25 lipca 1978 roku, w Anglii, przychodzi na świat Luisa Brown, pierwsze dziecko z probówki. Sukces ten okupiono uśmierceniem w doświadczeniach około setki ludzkich embrionów²³.

5 lipca 1996 przychodzi na świat owca Dolly, pierwszy ssak stworzony metodą klonowania. Naukowcy wycofali się z dalszych prac nad tą metodą po odkryciu naturalnej bariery na poziomie genetycznym, która ją istotnie komplikuje. Trudną do pokonania przeszkodę stanowi fenomen piętnowania genów, będący przyczyną poważnych błędów w układzie genowym sklonowanej istoty. Poważną przeszkodę stanowi również skracanie się telomerów w procesie podziału komórkowego, wiek sklonowanej istoty jest powiększony o wiek dawcy jądra komórkowego. Wspomniana owca Dolly przeżyła sześć i pół roku. W końcu uspiono ją 14 lutego 2003 r. z powodu poważnych problemów zdrowotnych, m.in. rozwijającego się raka płuc²⁴.

Od połowy XX wieku praktykuje się diagnozę prenatalną, a później także preimplantacyjną²⁵ i prepoczęciową. Za nestora diagnozy prenatalnej uważa się profesora położnictwa i ginekologii na uniwersytecie w Glasgow, Iana Donalda. Wprowadził on do medycyny, w tym do położnictwa, echosondę, a w 1958 r. opublikował artykuł, w którym opisał nieinwazyjne badanie ludzkiego płodu²⁶. Na przełomie lat 60. i 70. XX wieku w diagnostyce prenatalnej zostały upowszechnione ultrasonografy. W późniejszym okresie opracowano metody

²³ Por. J.-L. B r u g u è s. *La fécondation artificielle. Au crible de l'éthique chrétienne*. Paris: Fayard 1989; A. B o m p i a n i. *Le tecniche di fecondazione assistita: una rassegna critica*. Milano: Vita e Pensiero 2006.

²⁴ Por. *Klonowanie człowieka. Fantazje – zagrożenia – nadzieje*. Red. B. Chyrowicz. Lublin: TN KUL 1999.

²⁵ Taką diagnozę przeprowadzono po raz pierwszy w 1991 roku w Wielkiej Brytanii (por. A. P r z y ł u s k a F i s z e r. *Problem diagnostyki preimplantacyjnej*. (Wokół diagnostyki preimplantacyjnej 20.03–3.04.2009). http://www.ptb.org.pl/pdf/przyluska_reimplantacja_1.pdf, s. 2 (dostęp: 29.10.2012).

²⁶ Por. J. D o n a l d. *The Investigation of Abdominal Mass by Pulsed Ultrasound*. „Lancet” 1958 s. 188-195; także J. D a n g e l. *Diagnostyka prenatalna – mity i rzeczywistość*. „Nauka” 2007 nr 3 s. 31-47.

diagnostyki inwazyjnej, które są w stanie precyzyjnie określić stan zdrowia rozwijającego się dziecka.

Od drugiej połowy XX wieku rozwija się transplantologia. Pierwszy udany zabieg przeszczepienia nerki między bliźniakami monozygotycznymi przeprowadził w 1954 roku Joseph Murray w szpitalu Uniwersytetu Harvarda w Bostonie. W Polsce pierwszy taki zabieg wykonał 26 stycznia 1966 roku profesor J. Nie-lubowicz. Rozwój tego typu zabiegów był możliwy dzięki postępowi w zakresie chirurgii, aseptyki i anestezji, a także dzięki wcześniejszemu odkryciu grup krwi, antygenów zgodności komórkowej (HLA) oraz leków immunosupresyjnych. W pewnym momencie zaczęto przedstawiać propozycje stosowania ksenotransplantów (organów i tkanek pobranych od zwierząt). Z propozycji tej wycofano się jednak (być może tylko czasowo) z powodu barier stwarzanych przez różnice gatunkowe oraz z powodu dużego niebezpieczeństwa zakażenia człowieka wirusami zwierzęcymi. Równolegle zaczęto stosować, przynajmniej doraźnie, z różnym stopniem powodzenia, implanty sztuczne²⁷.

W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych, przy okazji badań nad nowotworami, zwłaszcza przyczyn przerzutów, specjaliści wpadają na trop komórek macierzystych. Faktycznie zostają one odkryte w 1963 r. przez amerykańskich uczonych w szpiku kostnym myszy. Od 1981 r. naukowcy hodują je w sztucznych warunkach. Jednocześnie zostają poznane ich możliwości w kontekście badań nad mechanizmami specjalizowania się komórek tworzących dorosły organizm, w tym człowieka. W 1998 r. udaje się Jamesowi Thomsonowi wyhodować ludzkie komórki macierzyste, pobierając je z dziesięciodobnych embrionów²⁸. Jeżeli udałoby się zawiązać procesami specjalizowania się omawianych komórek, to otwartaby się droga do nowego skoku jakościowego w medycynie terapeutycznej. Powstałyby praktycznie nieograniczone możliwości leczenia większości chorób somatycznych na drodze regeneracji tkanek i organów, co częściowo udało się już zrealizować²⁹. Takie oczekiwania można dziś wiązać wyłącznie z wykorzystaniem komórek macierzystych dorosłych, gdyż komórki macierzyste embrionalne wykazują bardzo dużą podatność do nowo-

²⁷ Por. *Transplantologia kliniczna*. Red. W. Rowiński, J. Wałaszewski, L. Pączek. Warszawa: PZWL 2004; E c k a r t. *Illustrierte Geschichte der Medizin* s. 155-160.

²⁸ Por. E c k a r t. *Illustrierte Geschichte der Medizin* s. 330-331.

²⁹ Por. J. W r ó b e l. *Komórki macierzyste: nadzieje i troski*. „Roczniki Teologiczne” 50:2003 z. 3 s. 113-129; t e n ż e. *Etyczne aspekty technik biomedycznych opartych na komórkach macierzystych*. „Bioetyczne Zeszyty Pediatry” 2003-2004 nr 1 s. 76-85; Ch. T. S c o t t. *Czas komórek macierzystych. Krótki wstęp do nadchodzącej medycznej rewolucji*. Gliwice: CKA 2008; G. K o s s. *Komórki życia i śmierci. Etyczna ocena pozyskiwania ludzkich komórek macierzystych*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT 2006.

tworzenia, inicjując w organizmie biorcy rozwój potworniaków, czyli wielokomórkowych nowotworów³⁰.

Udoskonalone metody reanimacji pozwalają podtrzymywać życie ludzkie poza naturalne granice. Od 1937 r. C. Beck zaczął stosować defibrylację elektryczną serca. W 1960 r. metodę tę udoskonalili W. Kouwenhoven i od tego czasu jest ona powszechnie stosowana w zabiegach reanimacyjnych. Od 1952 r. duński lekarz, B. Ibsen, wprowadza wymuszoną wentylację płuc oraz intubację tchawicy. Procesy życiowe można też podtrzymywać za pomocą odpowiednich środków farmakologicznych³¹.

Na przełomie XX i XXI wieku został zrealizowany z sukcesem „projekt poznania ludzkiego genomu” (Human Genome Project; HUGO Project). Decyzja o realizacji tego projektu została podjęta w 1990 roku przez Departament Energii USA oraz Narodowe Instytuty Zdrowia USA. Projekt zakończono 14 kwietnia 2003 roku, kiedy opublikowano dokument potwierdzający zakończenie sekwencjonowania 99% genomu liczącego około 20-25 tys. (aktywnych) genów. Zrealizowanie tego projektu umożliwiło rozwój nowych metod badawczych ułatwiających działania terapeutyczne, ale jednocześnie stworzyło przestrzeń dla rozwoju medycyny predykatywnej, stając się źródłem nowych dylematów medycznych, etycznych, prawnych i społecznych³².

Równoległe do przedstawionego postępu rozwijane są bardzo użyteczne biotechnologie. W swej istocie wykorzystują one żywe organizmy lub ich składniki w celach eksperymentalnych, terapeutycznych i manipulacyjnych. Są one używane do produkcji środków medycznych i biomedycznych (choć nie tylko), na przykład do produkcji leków w postaci białek rekombinowanych, sztucznej insuliny, interferonu, sztucznych hormonów, antybiotyków. Są także wykorzystywane we wczesnym wykrywaniu wad genetycznych i rozwojowych,

³⁰ Por. np. P. S. K n o e p f l e r. *Deconstructing Stem Cell Tumorigenicity: A Roadmap to Safe Regenerative Medicine*. „Stem Cells” 2009 t. 27 nr 5 s. 1050-1056; G. R. M a r t i n. *Isolation of a Pluripotent Cell Line from Early Mouse Embryos Cultured in Medium Conditioned by Teratocarcinoma Stem Cells*. PNAS [„Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America”] 1981 nr 12 (78) s. 7634-7638; M. I. S h e r m a n, R. A. M i l l e r, C. B. R i c h t e r. *Histologic Analyses of Experimental Tumors from Mouse Blastocyst-Derived Cell Lines*. „Journal of the National Cancer Institute” 1977 nr 4(58) s. 993-1002.

³¹ Por. *Przedłużanie życia jako problem moralny*. Red. B. Chyrowicz. Lublin: TN KUL 2008.

³² Por. J. W r ó b e l. *Konsekwencje moralne poznania genomu człowieka*. „Roczniki Teologiczne” 48:2001 z. 3 s. 151-165.

czy też w hodowli komórek, tkanek i narządów stosowanych w zabiegach transplantacyjnych³³.

Przedstawione projekty i ich praktyczna realizacja dały początek biomedycynie. Już samo określenie jakościowo nowych form praktyki lekarsko-medycznej – biomedycyna – sugeruje, iż w istotnej mierze przekracza ona dotychczasowy przedmiot praktyki, którym jest ludzkie zdrowie (prewencja, terapia, wzmocnienie, rekonwalescencja) i sięga w sferę procesów stojących u podstaw ludzkiego życia lub na te procesy w poważnej mierze wpływa (bio-medycyna – medycyna życia, medycyna procesów życiowych), a nierzadko w tych ingerencjach korzysta również z najnowszych osiągnięć biotechnologii.

Konsekwentnie biomedycyna próbuje ingerować w początki ludzkiego życia, inicjując właściwe dla niego procesy lub je przerywając, prowadzi preselekcję cech mającego się urodzić człowieka (np. eksperymentując na genotypie lub dobierając gamety, w tym określające płeć)³⁴, kontroluje biologiczną jakość gamet i życia poczętej istoty ludzkiej (diagnoza prepoczęciowa, preimplantacyjna, prenatalna)³⁵, a także wyznacza minimalne kryteria tej jakości uznawane przez określone gremia za niezbędne do korzystania z prawa do życia (np. aborcja czy eutanazja dzieci nieuleczalnie chorych lub z wrodzonymi wadami).

W okresie pełni życia, a więc od chwili urodzenia do czasu zanikania procesów witalnych (czy to w wyniku choroby, traumatycznych uszkodzeń, czy też degeneracji starczych) próbuje sterować zachodzącymi w nim biologicznymi procesami, a niekiedy usiłuje im nadać nowe jakości (np. chirurgia plastyczna, wzmocnienia), wymieniać zespoły funkcjonujące patologicznie i zagrażające życiu (np. transplantacje) lub zastępować je systemami obcymi (tkankami pochodzenia odzwierzęcego czy też organami sztucznymi). Stara się leczyć niektóre choroby na poziomie zaburzeń i zmian genetycznych (np. inżynieria genetyczna, terapie genowe). W najnowszych propozycjach próbuje się sięgać do samych

³³ Por. np. *Podstawy biotechnologii*. Red. C. Ratledge, B. Kristiansen. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2011; *Biotechnologia*. W: *Wielka Encyklopedia Medycyny*. T. 3. Warszawa: Editorial Planeta DeAgostini 2011 s. 148-151; *Biotechnologia medyczna*. W: *Komitet Biotechnologii PAN*. [Http://www.kbiotech.pan.pl/index.php?option=com_kontent &view=article&id=73&Itemid=61](http://www.kbiotech.pan.pl/index.php?option=com_kontent&view=article&id=73&Itemid=61) (dostęp: 29.10.2012).

³⁴ Por. M. G a w ę c k a - S z c z y g i e l, M. K u r p i s z. *Regulacja płci – część pierwsza: Frakcjonowanie ludzkich plemników X i Y*. „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia” 1996 t. 17 s. 192-197; M. G a w ę c k a - S z c z y g i e l, M. K u r p i s z. *Regulacja płci – część druga: Detekcja ludzkich plemników X i Y*. „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia” 1996 t. 17 s. 198-202.

³⁵ Por. *Diagnostyka prenatalna z elementami perinatologii*. Red. M. Wielgoś. Gdańsk: Via Medica 2009.

źródeł inicjacji i programowania komórek tworzących tkanki i organy (np. terapie oparte na komórkach macierzystych).

W okresie końcowym próbuje się wyznaczać granice ludzkiego życia. W niektórych przypadkach wymusza się procesy życiowe i sztucznie się je podtrzymuje. W innych przypadkach wyznacza się ich kres, podejmując czynności zabójcze lub eutanatyczne, czy to aktywne czy też pasywne.

Przedstawione typy działań pozwalają określić specyfikę ingerencji biomedycznych. Podczas gdy sztuka lekarska koncentruje się na poziomie objawowym, praktyka medyczna na poziomie przyczynowym, to biomedycyna na poziomie tuningowym. W praktyce ingerencje te w wymiarze pozytywnym mają na celu skutki prewencyjne, terapeutyczne, korekcyjne i rekonwalescencyjne (podobnie jak klasyczna sztuka lekarska i praktyka medyczna), jednak starają się je osiągać (kiedy to konieczne) za pomocą ingerencji sięgających bezpośrednio w głębokie pokłady struktury somatycznej człowieka. Niekiedy ograniczają się do doprowadzenia określonej struktury somatycznej na poziomie jej pierwszych komponentów do stanu uznanego z klinicznego punktu widzenia za prawidłowy. W innych (koniecznych) przypadkach zastępuje ją również możliwymi zamiennikami (odzwierzęcymi lub sztucznymi). Natomiast w wymiarze negatywnym posuwa się do ingerencji manipulacyjnych, próbując nadać tej strukturze nowe, arbitralnie określone jakości, a w skrajnych przypadkach wyznaczając człowiekowi kres życia.

Tak przedstawiającemu się obrazowi biomedycyny towarzyszą niespotykane wcześniej dylematy etyczne, które dały początek powstaniu i dynamicznemu rozwojowi bioetyki, którą – zgodnie z logiką wcześniej omówionych dwóch pokrewnych powiązań – można również nazwać *etyką biomedyczną*³⁶. Jej początki sięgają 1971 roku, a za autorów pojęcia uważa się Van Rensselaera Pottera (1911-2001) i Andre Hellegersa (1926-1979)³⁷. Obok ogólnie zarysowanych projektów i praktyk z zakresu biomedycyny w kręgu refleksji bioetycznej pojawiają się również partykularne problemy szczegółowe, które przeważnie są obce etyce lekarskiej i etyce medycznej, a które nierzadko stanowią podstawę dalszych rozstrzygnięć bioetycznych. Dotyczą one, między innymi, określenia początków życia konkretnego człowieka i statusu ludzkiego embrionu³⁸, eks-

³⁶ Tak ją nazywa m.in. Elio Sgreccia (w tytule pierwszego tomu swojego podręcznika *Manuale di bioetica*. T. 1: *Fondamenti ed etica biomedica*. Milano: Vita e Pensiero 2007⁴) oraz Sandro Spinsanti (*Etica bio-medica*. Cinisello Balsamo: Edizioni Paoline 1987).

³⁷ Por. W. B o ł o z. *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*. Warszawa: Wydawnictwa ATK 1997 s. 21-26.

³⁸ Por. np. J. W r ó b e l. *Kiedy ciało może przyjąć duszę*. „W drodze” 1990 nr 3(199)

perymentu biomedycznego, możliwości i zakresu „ulepszania” człowieka³⁹, zdefiniowania wyznaczników tożsamości człowieka⁴⁰, stosowania inżynierii genetycznej, testów genetycznych i terapii genowych⁴¹, transferu informacji genetycznej między człowiekiem i zwierzętami oraz implantowania w człowieku elementów odzwierzęcych, a w zwierzętach elementów odczłowieczych⁴², neurochirurgicznych i transplantacyjnych ingerencji w strukturę mózgową (dziś odeszła ona już od transferu neuronowej tkanki⁴³, ale próbuje wykorzystać komórki macierzyste czy też elektrody umożliwiające odbieranie określonych bodźców), wyznaczania kryteriów śmierci mózkowej oraz określenia momentu śmierci człowieka⁴⁴, zaprzestania uporczywej terapii oraz granicy między zaniechaniem leczenia i eutanazją pasywną.

W refleksji bioetycznej – podobnie jak w przypadku etyki lekarskiej i medycznej – pojawia się pytanie o podstawy oceny moralnej dokonywanych ingerencji czy też planowanych projektów. I tutaj w zakresie prostych celów ingerencji biomedycznej aktualność zachowują kryteria i zasady skrótkowo przedstawione w czasie omawiania etyki lekarskiej i medycznej. Zasady te nie wystarczają jednak dla oceny całej gamy dopiero co przedstawionych praktyk i projektów biomedycznych. Sformułowanie zasad (specyficznych kryteriów), będących w stanie rozwiązać pojawiające się problemy moralne, domaga się głębokiej analizy odnoszącej się do określonego systemu filozoficzno-antropologicznego, a niekiedy również nieodzownie do przesłanek teologicznych i teologicznomoralnych⁴⁵. To na tej podstawie człowiek jest w stanie odpowiedzieć na pytanie,

s. 19-29; R. O t o w i c z. *Etyka życia*. Kraków: Wyd. WAM 1998 s. 147-204; A. M u s z a l a. *Embryon ludzki w starożytnej refleksji teologicznej*. Kraków: Wyd. WAM 2009.

³⁹ Por. np. T. K r a j. *Granice genetycznego ulepszania człowieka. Teologicznomoralny problem nieterapeutycznych manipulacji genetycznych*. Kraków: Wyd. św. Stanisława BM 2010.

⁴⁰ Por. B. W ó j c i k. *Bioetyka i tożsamość człowieka*. Tarnów: Wyd. Biblos 2007.

⁴¹ Por. np. J. W r ó b e l. *Terapie genowe z perspektywy bioetycznej*. „Teologia i Moralność” 2010 t. 8 s. 7-24; J. K a p e l a n i s k a - P r e g o w s k a. *Prawne i bioetyczne aspekty testów genetycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska 2011; *Diagnostyka prenatalna z elementami perinatologii*. Gdańsk: Via Medica 2009.

⁴² Por. np. *Biotechnologiczne i medyczne podstawy ksenotransplantacji*. Red. Z. Smorąg, R. Słomski, L. Cierpka. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych 2006.

⁴³ Por. np. P. M o r c i n i e c. *Etyczne aspekty transplantacyjnej terapii chorób neurozwyrodnieniowych. Studium teologicznomoralne*. Opole: Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego 2000.

⁴⁴ Por. np. J. W r ó b e l. *Dyskusja wokół problemu śmierci mózkowej człowieka – dawcy organów. Między biologią, biomedycyną i filozofią*. „Roczniki Teologii Moralnej” 3(58): 2011 s. 153-178.

⁴⁵ Stąd nie brak opracowań bioetycznych o charakterze teologicznym, np. S. L e o n e.

kim jest człowiek i jakie postawy zakłada czynienie moralnego dobra. W kręgu myśli personalistycznej miejsce centralne zajmuje świętość ludzkiego życia i godność osobowa człowieka od chwili poczęcia do naturalnej śmierci. Ona domaga się ukazania dla każdej ludzkiej istoty, dla jej jedności psychosomatycznej oraz podmiotowego traktowania jej w relacjach interpersonalnych.

Niemniej różnorodność opcji filozoficznych, antropologicznych, politycznych i pluralizm światopoglądowy owocują także mnogością systemów aksjologicznych i rozwiązań prawnych. W efekcie zobrazowanie aktualnego stanu bioetyki domaga się uwzględnienia różnych jej modeli⁴⁶. Ich wielość nie neguje jednak specyfiki bioetyki w jej relacji do etyki lekarskiej i medycznej.

*

Przedstawione wyżej analizy ukazały złożoność przedmiotu materialnego bioetyki. Jest on ukonstytuowany – jak już wyżej podkreślono – przez działania i ingerencje biomedyczne w całej ich różnorodności, poczynając od początków życia ludzkiego, przez jego pełnię, a skończywszy na ostatnich jego momentach. W sensie ścisłym tym przedmiotem nie są działania, które ze względu na ich naturę i zakres, stanowią treść sztuki lekarskiej i praktyki medycznej. Zgodnie z wcześniejszymi uwagami biomedycyna, mimo że chronologicznie najmłodsza i bazująca na najbardziej zaawansowanych z naukowego punktu widzenia technikach, nie kumuluje w sobie historycznie wypracowanych osiągnięć sztuki lekarskiej i praktyki medycznej, jakkolwiek w tych osiągnięciach znajdowała swoje inspiracje i z tych osiągnięć obficie czerpała, zwłaszcza w swych początkach. Stąd nie można utożsamiać biomedycyny z praktyką medyczną i ze sztuką

La prospettiva teologica in Bioetica. Acireale: Edizioni ISB 2002; G. F o r n e r o. *Bioetica cattolica e bioetica laica.* Milano: Bruno Mondadori Editori 2005; A. M a r i a n i. *Bioetica e teologia morale. Fondamenti per un'etica della vita.* Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana 2003. Także prace zbiorowe, w których występują artykuły o charakterze teologicznym: *Bioethik. Philosophisch-Theologische Beiträge zu einem Brisanten Thema.* Köln: Verlag für Christliche Literatur Communio GmbH 1990; *Gottes Schöpfung. Referate der „Internationalen Theologischen Sommerakademie 1994 der Linzer Priesterkreises in Aigen/M.* Red. F. Breid. Steyr: W. Ennsthaler Verlag 1994; J.-M. T h é v o z. *Place de la théologie dans le débat bioéthique.* „Le Supplément” 1991 nr 178 s. 127-136; A. A u t i e r o. *Der Beitrag der Theologie zu einer Ethik in der Medizin.* „Arzt und Christ” 1991 nr 2 s. 104-114.

⁴⁶ Por. np. *Systemy bioetyki.* Red. T. Biesaga. Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT 2003; S g r e c c i a. *Manuale di bioetica.* T. 1 s. 55-73; L. H o n n e f e l d e r, M. F u c h s. *Medizinische Ethik.* W: *Lexikon der Bioethik.* Red. W. Korff, L. Beck, P. Mikat. T. 2. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus 1998 s. 655-656.

lekarską, ani też używać zamiennie tych terminów. Każda z tych dziedzin ma własną, ściśle określoną specyfikę.

Ta autonomia przedmiotu materialnego każdej z omawianych dyscyplin stoi też u podstaw autonomii specyficznej dla każdej z tych dyscyplin refleksji etycznej. Stąd etyka lekarska zachowała swój status mimo wykształcenia się etyki medycznej, a wykształcenie się bioetyki nie podważyło aktualności etyki lekarskiej i medycznej. To, co je jednak jednoczy, to niezmiennosc i jedność wartości stojących u podstaw oceny moralnej właściwych dla nich czynów.

Swoją specyfikę ma też problem podmiotu bioetyki. W sensie ścisłym, podobnie jak w przypadku etyki lekarskiej i medycznej, jest nim każdy przedstawiciel biomedycyny (autor i współautor aktów biomedycznych), ale również przedstawiciele nauk pokrewnych, a zwłaszcza biotechnologii, których specyficznie ukierunkowana praca badawcza, odkrywcza, produkcyjna i konstrukcyjna umożliwia realizację przedstawionych w tej części projektów. W sensie szerokim tym podmiotem może być wyjątkowo każdy przedstawiciel służby zdrowia (w tym sztuki lekarskiej i praktyki medycznej), który doraźnie uczestniczy w ingerencjach biomedycznych lub w jakiejś mierze z tych środków korzysta, ewentualnie to korzystanie umożliwia.

Bardzo ważnym podmiotem, w o wiele większym stopniu niż w przypadku etyki lekarskiej i medycznej, są przedstawiciele instytucji prawodawczych, którzy stanowionymi normami prawnymi sankcjonują projekty i praktykę biomedyczną. Źródłem takich norm są kodeksy, konwencje, rekomendacje, ustawy, artykuły, dekrety uprawnionych osób fizycznych lub prawnych, tak w wymiarze prawa polskiego, jak i międzynarodowego, a zwłaszcza Unii Europejskiej⁴⁷. Przykładem mogą być wybrane artykuły Kodeksu Etyki Lekarskiej⁴⁸, a także (między innymi) Ustawa 1149 z 1 lipca 2005 r. *o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*⁴⁹, *Obwieszczenie Ministra Zdro-*

⁴⁷ Por. M. G r z y m k o w s k a. *Standardy bioetyczne w prawie europejskim*. Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer Polska 2009.

⁴⁸ Np. Uchwała Nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r. wprowadzająca zmiany w treści Kodeksu Etyki Lekarskiej regulujące między innymi takie kwestie biomedyczne, jak stosowanie eutanazji (Art. 31), pobieranie lub przeszczepianie komórek, tkanek i narządów (Art. 35), dotyczące genetyki lekarskiej, diagnostyki i terapii przedurodzeniowej (Art. 38, 3), uczestniczenia lekarza w procedurach klonowania ludzi dla celów reprodukcyjnych lub terapeutycznych (Art. 39a), przeprowadzania eksperymentów badawczych z udziałem człowieka w stadium embrionalnym (Art. 45, 2-3), kwestie dotyczące ludzkiego genomu (Art. 51h). Por. Naczelna Izba Lekarska. http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/kel.

⁴⁹ Por. W: Poltransplant. <http://www.poltransplant.org.pl/ustJednoli.html>.

wia w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu z dnia 17 lipca 2007 roku⁵⁰.

Z międzynarodowych dokumentów o charakterze prawno-etycznym na odnotowanie zasługuje, między innymi, *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie (Europejska Konwencja Bioetyczna)*⁵¹, *Dodatkowy Protokół do Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie dotyczący zakazu klonowania istot ludzkich*⁵², *Dodatkowy Protokół do Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie dotyczący transplantacji organów i tkanek pochodzenia ludzkiego*⁵³, *Dodatkowy Protokół do Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie dotyczący biomedycznych badań*⁵⁴.

BIBLIOGRAFIA

I. Źródła

J a n P a w e ł II: Encyklika *Evangelium vitae*. Watykan 1995.

Kodeks Etyki Lekarskiej. Tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy. Warszawa: Naczelna Izba Lekarska 2004. [Http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/ke1](http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/ke1).

Ustawa 1149 z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. W: Poltransplant. [Http://www.poltransplant.org.pl/ustJednoli.html](http://www.poltransplant.org.pl/ustJednoli.html).

⁵⁰ Por. W: Poltransplant. [Http://www.poltransplant.pl/Download/prawo/obw_17072007_zal.pdf](http://www.poltransplant.pl/Download/prawo/obw_17072007_zal.pdf).

⁵¹ (*Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*). Uchwalona 04.04.1997, a przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 19 listopada 1996 roku. „Prawo i Medycyna” [Http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=71](http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=71) (dostęp: 29.10.2012). Por. T. B i e s a g a. *Europejska Konwencja Bioetyczna*. „Medycyna Praktyczna” 2006 nr 11-12 s. 24-28.

⁵² *Additional Protocol to the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine, on the Prohibition of Cloning Human Beings* (uchwalony 12.01.1998; podpisany przez Polskę 07.05.1999). „Prawo i Medycyna”. [Http://prawoimedycyna.pl/index.php?id=73&str=artykul](http://prawoimedycyna.pl/index.php?id=73&str=artykul) (dostęp: 29.10.2012).

⁵³ *Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine Concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin* (uchwalony 24.01.2002). W: Council of Europe. Treaty Office. [Http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=186&CL=ENG](http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=186&CL=ENG) (dostęp: 29.10.2012).

⁵⁴ *Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, Concerning Biomedical Research* (uchwalony 25.01.2005). W: Council of Europe. Treaty Office. [Http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/195.htm](http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/195.htm) (dostęp: 29.10.2012).

- Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu z dnia 17 lipca 2007 roku. W: Poltransplant. [Http://www.poltransplant.pl/Download/prawo/obw_17072007_zal.pdf](http://www.poltransplant.pl/Download/prawo/obw_17072007_zal.pdf).
- Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie (Europejska Konwencja Bioetyczna). 04.04.1997. W: Prawo i Medycyna. [Http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=71](http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=71).
- Dodatkowy Protokół do Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie dotyczący zakazu klonowania istot ludzkich. 12.01.1998. W: Prawo i Medycyna. [Http://prawoimedycyna.pl/index.php?id=73&str=artykul](http://prawoimedycyna.pl/index.php?id=73&str=artykul).
- Dodatkowy Protokół do Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie dotyczący transplantacji organów i tkanek pochodzenia ludzkiego. 24.01.2002. W: Council of Europe. Treaty Office. [Http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=186&CL=ENG](http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=186&CL=ENG).
- Dodatkowy Protokół do Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie dotyczący biomedycznych badań. 25.01.2005. W: Council of Europe. Treaty Office. [Http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/195.htm](http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/195.htm).

II. Literatura etyczna, teologiczna i prawna

- A u t i e r o A.: Der Beitrag der Theologie zu einer Ethik in der Medizin. „Arzt und Christ” 1991 nr 2 s. 104-114.
- B i e s a g a T.: Europejska Konwencja Bioetyczna. „Medycyna Praktyczna” 2006 nr 11-12 s. 24-28.
- Bioethik. Philosophisch-Theologische Beiträge zu einem Brisanten Thema. Köln: Verlag für Christliche Literatur Communio GmbH 1990.
- B o ł o z W.: Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne. Warszawa: Wydawnictwa ATK 1997.
- B r u g è s J.-L.: La fécondation artificielle. Au crible de l'éthique chrétienne. Paris: Fayard 1989.
- Etyka i deontologia lekarska. Red. T. Kielanowski. Warszawa: PZWL 1985².
- F o r n e r o G.: Bioetica cattolica e bioetica laica. Milano: Bruno Mondadori Editori 2005.
- Gottes Schöpfung. Referate der «Internationalen Theologischen Sommerakademie 1994 der Linzer Priesterkreises in Aigen/M». Red. F. Breid. Steyr: W. Ennsthaler Verlag 1994.
- G r a b c z a k Z.: Problematyka etyczna patologii ciąży. Studium w świetle współczesnego nauczania Kościoła. Lublin: TNKUL 2005.
- G r z y m k o w s k a M.: Standardy bioetyczne w prawie europejskim. Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer Polska 2009.
- H o n n e f e l d e r L., F u c h s M. Medizinische Ethik. W: Lexikon der Bioethik. Red. W. Korff, L. Beck, P. Mikat. T. 2. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus 1998 s. 647-661.
- K a p e l a n i s k a - P r e g o w s k a J.: Prawne i bioetyczne aspekty testów genetycznych. Warszawa: Wolters Kluwer Polska 2011.
- K i e l a n o w s k i T.: Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej. W: Etyka i deontologia lekarska. Red. T. Kielanowski. Warszawa: PZWL 1985² s. 7-14.
- Klonowanie człowieka. Fantazje – zagrożenia – nadzieje. Red. B. Chyrowicz. Lublin: TN KUL 1999.
- K o s s G.: Komórki życia i śmierci. Etyczna ocena pozyskiwania ludzkich komórek macierzystych. Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT 2006.
- K r a j T.: Granice genetycznego ulepszania człowieka. Teologicznomoralny problem nieterapeutycznych manipulacji genetycznych. Kraków: Wyd. św. Stanisława BM 2010.

- L e o n e S.: La prospettiva teologica in Bioetica. Acireale: Edizioni ISB 2002.
- Lexikon der Bioethik. Red. W. Korff, L. Beck, P. Mikat. T. 2. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus 1998.
- M a r i a n i A.: Bioetica e teologia morale. Fondamenti per un'etica della vita. Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana 2003.
- M o r c i n i e c P.: Etyczne aspekty transplantacyjnej terapii chorób neurozwyrodnieniowych. Studium teologicznomoralne. Opole: Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego 2000.
- M u s z a l a A.: Embrion ludzki w starożytnej refleksji teologicznej. Kraków: Wyd. WAM 2009.
- O t o w i c z R.: Etyka życia. Kraków: Wyd. WAM 1998 s. 147-204.
- Przedłużanie życia jako problem moralny. Red. B. Chyrowicz. Lublin: TN KUL 2008.
- R a m s e y P.: Pacjent jest osobą. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX 1977.
- S g r e c c i a E.: Manuale di bioetica. T. 1: Fondamenti ed etica biomedica. Milano: Vita e Pensiero 2007⁴.
- S p i n s a n t i S.: Etica bio-medica. Cinisello Balsamo: Edizioni Paoline 1987.
- S p i n s a n t i S.: Vita fisica. W: Corso di morale. T. 2: Diakonia (Etica della persona). Red. T. Goffi, G. Piana. Brescia: Editrice Queriniana 1983 s. 127-267.
- Systemy bioetyki. Red. T. Biesaga. Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT 2003.
- T h é v o z J.-M. Place de la théologie dans le débat bioéthique. „Le Supplément” 1991 nr 178 s. 127-136.
- W ó j c i k B. Bioetyka i tożsamość człowieka. Tarnów: Wyd. Biblos 2007.
- W r ó b e l J.: Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych. Kraków: Wyd. SCJ 1999.
- W r ó b e l J.: Dyskusja wokół problemu śmierci mózgowej człowieka - dawcy organów. Między biologią, biomedycyną i filozofią. „Roczniki Teologii Moralnej” 3(58):2011 s. 153-178.
- W r ó b e l J.: Etyczne aspekty technik biomedycznych opartych na komórkach macierzystych. „Bioetyczne Zeszyty Pediatrii” 2003-2004 nr 1 s. 76-85.
- W r ó b e l J.: Kiedy ciało może przyjąć duszę. „W drodze” 1990 nr 3(199) s. 19-29.
- W r ó b e l J.: Komórki macierzyste: nadzieje i troski. „Roczniki Teologiczne” 50:2003 z. 3 s. 113-129.
- W r ó b e l J.: Konsekwencje moralne poznania genomu człowieka. „Roczniki Teologiczne” 48:2001 z. 3 s. 151-165.
- W r ó b e l J. Lekarska etyka. W: Encyklopedia katolicka. T. 10. Red. E. Ziemann. Lublin: TN KUL 2004 kol. 702-709.
- W r ó b e l J. Medycyna. W: Encyklopedia katolicka. T. 12. Red. E. Ziemann. Lublin: TN KUL 2008 kol. 404-418.
- W r ó b e l J.: Medyczna etyka. W: Encyklopedia katolicka. T. 12. Red. E. Ziemann. Lublin: TN KUL 2008 kol. 420-432.
- W r ó b e l J. Terapie genowe z perspektywy bioetycznej. „Teologia i Moralność” 2010 t. 8 s. 7-24.

III. Literatura (bio)medyczna

- Biotechnologia medyczna. W: Komitet Biotechnologii PAN. [Http://www.kbiotech.pan.pl/index.php?option=com_kontent &view=article&id=73&Itemid=61](http://www.kbiotech.pan.pl/index.php?option=com_kontent&view=article&id=73&Itemid=61).
- Biotechnologia. W: Wielka Encyklopedia Medycyny. T. 3. Warszawa: Editorial Planeta DeAgostini 2011 s. 148-151.
- Biotechnologiczne i medyczne podstawy ksenotransplantacji. Red. Z. Smorąg, R. Słomski, L. Cierpka. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych 2006.

- B o m p i a n i A.: Le tecniche di fecondazione assistita: una rassegna critica. Milano: Vita e Pensiero 2006.
- B r z e z i ń s k i T.: Wiedza o budowie i czynnościach organizmu ludzkiego. W: Historia medycyny. Red. T. Brzeziński. Warszawa: PZWL 1988 s. 95-129.
- B u j a ł o w s k a B.: Spontaniczny rozwój medycyny od empirii do medycyny kapłańskiej. Medycyna jako przedmiot kultu. W: Historia medycyny. Red. T. Brzeziński. Warszawa: PZWL 1988 s. 23-44.
- C h a r a k S a m h i t a: Most Complete and Authentic Ayurveda Book. [Http://www.charaka-samhita.com](http://www.charaka-samhita.com).
- D a n g e l J.: Diagnostyka prenatalna – mity i rzeczywistość. „Nauka” 2007 nr 3 s. 31-47.
- D ą b r o w s k a B.: Słownik medyczny łacińsko-polski. Warszawa: PZWL 1990.
- Diagnostyka prenatalna z elementami perinatologii. Red. M. Wielgoś. Gdańsk: Via Medica 2009.
- D o n a l d J.: The Investigation of Abdominal Mass by Pulsed Ultrasound. „Lancet” 1958 s. 188-195.
- D r y g u s A.: Dawne terapie. Lek i jego formy, sposoby wytwarzania i dystrybucji. W: Historia medycyny. Red. T. Brzeziński. Warszawa: PZWL 1988 s. 185-210.
- E c k a r t W. U.: Illustrierte Geschichte der Medizin. Von der französischen Revolution bis zur Gegenwart. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag 2011².
- G a w ę c k a - S z c z y g i e ł M., K u r p i s z M.: Regulacja płci – część pierwsza: Frakcjonowanie ludzkich plemników X i Y. „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia” 1996 t. 17 s. 192-197.
- G a w ę c k a - S z c z y g i e ł M., K u r p i s z M.: Regulacja płci – część druga: Detekcja ludzkich plemników X i Y. „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia” 1996 t. 17 s. 198-202.
- Historia medycyny. Red. T. Brzeziński. Warszawa: PZWL 1988.
- H u k A.: Tajemnica zawodowa lekarza w polskim procesie karnym. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC 2006.
- K n o e p f l e r P. S.: Deconstructing Stem Cell Tumorigenicity: A Roadmap to Safe Regenerative Medicine. „Stem Cells” 2009 t. 27 nr 5 s. 1050-1056.
- M a r e k Z.: Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza. Kraków: Wydawnictwo Medyczne 2007.
- M a r t i n G. R.: Isolation of a Pluripotent Cell Line from Early Mouse Embryos Cultured in Medium Conditioned by Teratocarcinoma Stem Cells. PNAS [„Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America”] 1981 nr 12 (78) s. 7634-7638.
- M e u l e n b e l d G. J.: A History of Indian Medical Literature. T. 1A. Groningen: E. Forsten 1999-2000.
- Podstawy biotechnologii. Red. C. Ratledge, B. Kristiansen. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2011.
- P r z y ł u s k a - F i s z e r A.: Problem diagnostyki preimplantacyjnej. (Wokół diagnostyki preimplantacyjnej 20.03 – 3.04.2009). [Http://www.ptb.org.pl/pdf/przyluska_reimplantacja_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/przyluska_reimplantacja_1.pdf).
- S a f j a n M.: Prawo i medycyna. Warszawa: Oficyna Naukowa 1998.
- S c o t t Ch. T.: Czas komórek macierzystych. Krótki wstęp do nadchodzącej medycznej rewolucji. Gliwice: CKA 2008.
- S e y d a B.: Dzieje medycyny w zarysie. Warszawa: PZWL 1977³.
- S h e r m a n M. I., M i l l e r R. A., R i c h t e r C. B.: Histologic Analyses of Experimental Tumors from Mouse Blastocyst-Derived Cell Lines. „Journal of the National Cancer Institute” 1977 nr 4(58) s. 993-1002.
- S i e ń k o w s k i E.: Chirurgia – etapy rozwoju. W: Historia medycyny. Red. T. Brzeziński. Warszawa: PZWL 1988 s. 185-210.

- Sigerist H. E.: A History of Medicine. New York: Oxford University Press 1960.
- Sigerist H. E.: On Hippocrates. „Bulletin of the History of Medicine” 1934 nr 2 s. 190-214.
- Sośnick M.: Cywilna odpowiedzialność lekarza. Warszawa: Wydaw. Prawnicze 1989.
- Szumowski W.: Historia medycyny. Filozoficznie ujęta. Warszawa: Sanmedia 1994³.
- Tajemnica lekarska: materiały z posiedzenia Komisji Etyki Lekarskiej w dniu 15.11.1993. Red. I. Kleszczowa. Kraków: PAU 1994.
- Transplantologia kliniczna. Red. W. Rowiński, J. Wałaszewski, L. Pączek. Warszawa: PZWL 2004.
- Zielińska E.: Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej. Warszawa: „Liber” 2001.

MEDICAL ETHICS, META-MEDICAL ETHICS AND BIOETHICS
AN ATTEMPT AT A METHODOLOGICAL DISTINCTION

S u m m a r y

In everyday language, in popular science texts and in some research publications, the disciplines of medical ethics, meta-medical ethics and bioethics are used interchangeably. These three concepts are closely related, but each of the above-mentioned disciplines is autonomous. Medical ethics deals with an ethical reflection on the medical doctors' practice, which is mostly therapeutic in nature, and which mostly confines itself to reacting to medical symptoms. Meta-medical ethics is such a reflection on medical practice that relies on complex methods and means, engages teams of doctors and is based on a vast repository of medical research, production resources as well as on the social and political background. It is predominantly causal in character.

Bioethics (sometimes justly referred to as biomedical ethics) came into being as a reaction to the rise of biomedicine, whose main function is *body tuning*. It reaches far beyond the traditional subject matter of the medical and the meta-medical practices – that is treatment in order to protect human health and life. It reaches the sphere of the processes that underlie human life and tries to influence these processes (biomedicine, life medicine, life processes medicine). It often happens that biomedicine relies on the top-notch advances in biotechnology. Hence, in the precise methodological sense, the subject matter of bioethics expands the realm of traditional medical human actions and practices. Consequently, the medical ethics retains its status, despite the rise of the meta-medical ethics, and the rise of bioethics changes nothing in the actual status of the former two disciplines. What they all share, however, is that they are irrevocable, and that they are based on the same values that underlie the moral evaluation of the relevant actions and practices.

Translated by Konrad Klimkowski

Słowa kluczowe: etyka lekarska, etyka medyczna, bioetyka.

Key words: medical ethics, meta-medical ethics, bioethics.