BIOETYKA

SŁOWNIKI SPOŁECZNE

seria pod redakcją

Wita Pasierbka i Bogdana Szlachty

BIOETYKA

redakcja Bogdan Szlachta

dotychczas ukazały się:

PEDAGOGIKA RELIGII, redakcja Zbigniew Marek i Anna Walulik
POLITYKI PUBLICZNE, redakcja Artur Wołek
ETYKA POLITYCZNA, redakcja Piotr Świercz
GEOPOLITYKA, redakcja Jacek Kloczkowski
PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ, redakcja Wit Pasierbek i Krzysztof Wach
WIELOKULTUROWOŚĆ, redakcja Bogdan Szlachta
GLOBALIZACJA I WSPÓŁZALEŻNOŚĆ, redakcja Alicja Malewska i Mateusz Filary-Szczepanik
STUDIA KULTUROWE, redakcja Leszek Korporowicz, Agnieszka Knap-Stefaniuk i Łukasz Burkiewicz
BEZPIECZEŃSTWO PUBLICZNE, redakcja Tomasz Grabowski
SPORY MORALNE, redakcja Piotr Duchliński
HUMANISTYKA WSPÓŁCZESNA, redakcja Bogusława Bodzioch-Bryła
POLITYKA HISTORYCZNA, redakcja Joanna Lubecka i Maciej Zakrzewski
KOGNITYWISTYKA, redakcja Józef Bremer
EKONOMIA MIĘDZYNARODOWA, redakcja Wit Pasierbek i Krzysztof Wach
ETYKA WSPÓŁCZESNA, redakcja Anna Bugajska i Piotr Świercz
SOCJOLOGIA I PSYCHOLOGIA POLITYKI, redakcja Krzysztof Łabędź

SŁOWNIKI SPOŁECZNE

BIOETYKA

REDAKCJA

Bogdan Szlachta

WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIWERSYTETU IGNATIANUM W KRAKOWIE

KRAKÓW 2025

© Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, 2025

Publikacja finansowana w ramach zadania zleconego
ze środków Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego
UMOWA Nr MEiN/2021/DPI/178

Recenzenci
dr hab. Sebastian Gałecki, prof. UJD
prof. dr hab. Grzegorz Hołub

Redakcja i korekta
Klaudia Bień
Projekt okładki
Studio Photo Design – Lesław Sławiński
Typografia i łamanie
Jacek Zaryczny

ISBN 978-83-7614-662-1 (Print)
ISBN 978-83-7614-654-6 (Online)

Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Ignatianum w Krakowie
ul. Kopernika 26 • 31-501 Kraków
tel. 12 39 99 620
wydawnictwo@ignatianum.edu.pl
http://wydawnictwo.ignatianum.edu.pl

Druk i oprawa: HORN PRINT S.J. • Poznań

Spis treści

Słowo wstępu 7

Wprowadzenie 9

BOGDAN SZLACHTA
Biopolityka a bioetyka 13

BARBARA CHYROWICZ
Bioetyka: przedmiot i metody 35

DANUTA ŚLĘCZEK-CZAKON
Życie 53

JÓZEF DULAK
Inżynieria genetyczna – wybrane aspekty etyczne biotechnologii medycznej 75

OKTAWIAN NAWROT
Klonowanie 95

PAWEŁ BORTKIEWICZ
Zapłodnienie *in vitro* 113

JOANNA HABERKO
Sytuacja prawna dziecka poczętego w zakresie ochrony jego dóbr 131

JÓZEF DULAK
Komórki macierzyste – aspekty etyczne badań i zastosowań 151

JAROSŁAW MIKUCZEWSKI
Koncepcja zdrowia i niepełnosprawności 173

MARCIN FERDYNUS
Terapia daremna 191

ANDRZEJ MUSZALA
Śmierć 209

ROBERT NĘCEK
Aborcja i eutanazja a godność człowieka w świetle nauki społecznej Kościoła 231

BŁAŻEJ KMIECIAK
Bioetyka i prawa człowieka 251

PAWEŁ ŁUKÓW
Autonomia pacjenta 269

KATARZYNA PAŁKA
Odpowiedzialność prawna medyków 289

JAKUB PAWLIKOWSKI
Sprzeciw sumienia 309

MAREK CZARKOWSKI
Etyka badań naukowych prowadzonych z udziałem ludzi 329

PRZEMYSŁAW PAŁKA
Sztuczna inteligencja 351

ANNA BUGAJSKA
Bioetyka przyszłości 371

MARIAN MACHINEK
Bioetyka – perspektywa katolicka 389

Wykaz Autorów 409

Słowo wstępu

W roku 2019 wśród członków zespołu z „Ignacjańskiego Forum Społecznego" zrodziła się myśl kontynuowania niegdysiejszego dzieła *Słownik społeczny* z roku 2004, w którym ponad stu uczonych zarówno z ośrodków krajowych, jak i zagranicznych, zaprezentowało w obszernych esejach dorobek nauk humanistycznych i społecznych zgromadzony do początków XXI wieku.

Nowy projekt zakrojony jest szerzej niż tamten: w liczącej ponad dwadzieścia tomów publikacji zaprezentowany zostanie stan wiedzy humanistycznej i społecznej trzeciej dekady XXI stulecia; wiedzy dotyczącej człowieka rozwijającego się w zróżnicowanych cywilizacjach, kulturach i społeczeństwach, wyznającego rozmaite religie i honorującego różne wzorce postępowania. Poszczególne tomy, podobnie jak pierwsze cztery wydane już w dwóch wersjach językowych (po polsku i angielsku), dostępne również w wersji elektronicznej, traktują o polach badawczych, które obejmują zagadnienia uznawane za szczególnie ważne w naukach humanistycznych i społecznych, związane tak z pojmowaniem człowieka i jego otoczenia społecznego, jak i spraw politycznych i publicznych czy stosunków międzynarodowych. Ich analiza uwzględniająca różne podejścia badawcze pozwala pełniej zaprezentować problemy znajdowane zasadniczo w ramach jednej z dyscyplin i znakomicie poszerzyć horyzont poszukiwań podejmowanych przez wykonawców projektu. Każdy z nich szuka „klucza interpretacyjnego", przy użyciu którego prezentuje najistotniejsze zagadnienia kojarzone z głównymi kategoriami – kontrowersyjnymi niekiedy lub budzącymi

dyskusje wśród naukowców – wykorzystywanymi w poszczególnych polach badawczych decydujących o tytułach nadawanych poszczególnym tomom nowego a wielotomowego *Słownika społecznego*. „Klucz interpretacyjny" nie byłby istotny, gdyby hasła ogłaszane w poszczególnych tomach traktowane były „zdawkowo", na podobieństwo haseł encyklopedycznych; staje się on istotny, jeśli opracowania mają formę rozbudowanych esejów liczących około dwudziestu stronic znormalizowanego maszynopisu; esejów zbudowanych wedle jednolitego schematu, prezentujące rozważania o istocie analizowanej kategorii, o jej dziejach, o głównych treściach z nią związanych, i – wreszcie – o zagadnieniach, które wiążą się z nią w praktyce. Całość opracowana jest na bazie refleksji teoretycznej, wzmacnianej namysłem nad praktyczną stroną, prezentowaną w dwudziestu hasłach przygotowywanych przez polskich uczonych reprezentujących nie tylko różne ośrodki i różne dyscypliny naukowe, ale także różne „wrażliwości badawcze". Do „klucza interpretacyjnego" włączyliśmy także katolicką naukę społeczną, bowiem nie sposób pominąć dwudziestowiekowej spuścizny i bogactwa chrześcijaństwa.

Mamy nadzieję, że lektura prezentowanego tomu zadowoli Czytelników, dając Im nie tylko okazję zapoznania się z naukowymi ujęciami ważnych problemów, z którymi zmaga się współczesny człowiek i zmagają się współczesne państwa oraz społeczeństwa, ale także wgląd w trudne niekiedy zagadnienia współczesności dokonywany z perspektywy katolickiej. Mamy też nadzieję, że docenią Oni trud polskich uczonych podejmujących oryginalny namysł nad nimi, nie ograniczających się do prezentowania cudzych jedynie przemyśleń, bo świadomych wagi dorobku intelektualnego rodzimej nauki.

Redaktorzy serii
Wit Pasierbek i Bogdan Szlachta

Wprowadzenie

Jeśli uznamy, jak często się czyni, że bioetyka zajmuje się głównie zagadnieniami związanymi z początkiem, trwaniem i końcem życia, to skojarzenie z życiem ciała, tego oto i innych, stanowi zasadniczy przedmiot badań uprawiających tę dziedzinę. Istotne będzie ustalenie, czy przedmiot ten obejmuje jedynie ciała ludzi, czy także innych gatunków, a zatem: czy bioetyka podejmuje kwestie początku, trwania i końca ludzkiego tylko życia albo życia tylko ludzi, czy także kwestie początku, trwania i końca życia ciał innych również „bytów ożywionych". Gdy Arystoteles przekonywał przed ponad dwoma tysiącami lat, że każdy byt ożywiony posiada duszę wegetatywną dającą mu życie, wzbudzał zainteresowanie innych życiem zwierzęcym człowieka lub jego ciała, a nie tylko „życiem dyskursywnym", wiązanym z duszą, której żaden ożywiony byt poza człowiekiem nie posiada, czyli z duszą intelektualną; ze światem zwierząt człowieka wiązała inna jeszcze dusza, zmysłowa; charakteryzowała go jednak nade wszystko dusza w nim tylko występująca, odróżniająca go przeto od innych bytów ożywionych, w szczególności od zwierząt. To ta dusza pozwalała mu odróżniać dobro od zła, uchwytywać formy gatunkowe, formułować własne przekonania i argumenty w dostępnym mu języku.

Można argumentować, jak dzieje się dzisiaj często, że to wieki chrześcijańskiej indoktrynacji utrwaliły przeświadczenie, zgodnie z którym obecna w człowieku „zwierzęcość" jest gorszą częścią jego życia, że inteligentna jego część winna być wciąż eksponowana, bo ona zapewnia mu trwanie, i to trwanie wieczne, bez względu

na to, czy związane z nagrodą czy też karą za dokonania w trakcie życia w ciele. Przykład Stagiryty uczy, że wyższość *bios* względem *zoé* uznaje także autor od chrześcijan wcześniejszy, że i jego nauczyciel, Platon, i nauczyciel jego nauczyciela, Sokrates, kierowali uwagę ku duszy, która ma poznawać to, czego zmysły nie są w stanie uchwycić. Już starożytnych zajmowały też inne zagadnienia: autorzy starotestamentowi (wedle niektórych natchnieni przez jedynego Boga) z Jego woli wywiedli zakaz zabijania drugiego jako obowiązujący każdego człowieka, a greccy medycy wzywali, by nie szkodzić życiu ciała. Nie jakość życia była dla nich istotna, lecz życie „jako takie", kojarzone nie tyle z dążeniem poznawczym, ile z ciałem wręcz warunkującym to dążenie: tkwiąca w ciele dusza poznawała, rozum w niej tkwiący nie mógł być zakłócany przez zmysły będące władzami poznawczymi ciała. Paradoks ten osłabiony został w nowożytności, gdy Kartezjusz uznał, że dusza i ciało są istotowo odmienne, że pierwsza ma za istotę myślenie, podczas gdy drugie za takową uznaje rozciągłość, zajmowanie miejsca w przestrzeni. Już nie tylko dążenie poznawcze lub dążenie do zbawienia i zyskania wiecznej nagrody odróżniało duszę od ciała (także przecież mającego, zdaniem chrześcijan, zmartwychpowstać), ale również inna charakterystyka, która decydowała o braku łączności między dwiema odrębnymi substancjami w człowieku, każdym człowieku.

Powiada się jednak, że dopiero rozwój nauk w nowożytności, do którego w pewnym zakresie przyczynił się również Kartezjusz, miał wzmóc zainteresowanie życiem ciał ludzi; że Hobbes w XVII w. na nie położył główny nacisk, myśląc państwo jako „instancję" mającą wspomagać starania każdego z obywateli o zachowanie życia ciała. Kwestia początków życia wiążąca się z pytaniem o to, czy byt poczęty przez ludzi jest już przez taką instancję chroniony, była dla angielskiego autora mniej istotna niż kwestia trwania życia ciała zagrożonego przez inne, także pragnące zachować życie ciała w tzw. stanie natury, nieznającym żadnych norm: każdy zmagał się z każdym o przetrwanie i dopiero tzw. państwo ustanowiło normy prawne i zmonopolizowało stosowanie przemocy. W projekcie Hobbesa (uznawanym za liberalny) ono stało się „regulatorem warunków życia ciał", nie arbitralnym, choć jedynym. Odtąd pytanie o prawo jako jedyny ład normatywny określający początek, trwanie i kres życia ciała zyskuje na znaczeniu w konfrontacji z dawnymi ujęciami, eksponującymi istnienie ładu moralnego, z wolą Boga wiązanego

lub z ustanowioną przez Niego gatunkową naturą człowieka. Być może ono ustanawia również w zachodnich demokracjach liberalnych kryteria uznawania życia ciała, jego trwania i jego kresu, wskazując, od kiedy ono jest uznawane oraz w jakich okolicznościach i kiedy jest ono lub może być negowane.

Pytanie to, wybrzmiewające także w przedstawianym tomie, zdaje się sugerować niejakie pierwszeństwo biopolityki i „biolegislacji politycznej" wobec bioetyki, rozstrzygnięć prawnych wynikających ze zmagań politycznych prowadzonych we współczesnej demokracji traktowanej niekiedy jako uniwersalny wzorzec dla ludzkości, jako że umożliwia ona „pokojowe konkurowanie" politycznych aktorów powodujących się partykularnymi interesami wobec rozstrzygnięć etycznych – i to zarówno deontycznych, jak i konsekwencjalistycznych. Wprawdzie argumenty oparte na takich rozstrzygnięciach bywają uwzględniane w debatach publicznych poprzedzających wskazanie reguł prawnych, jednak one same tracą dominującą rolę z racji uznania, że świat człowieka zdominowany został przez grę o panowanie czy „polityczną przewagę"; przewagę wymagającą często uwzględniania kosztów rodzenia lub podtrzymywania życia, a także kosztów podnoszenia jego jakości. W debatach takich brzmi coraz częściej apel o „odrzucenie antropocentryzmu" przez usunięcie podziału na to, co intelektualne i dlatego wyższe oraz godne ochrony jako żyjące (*bios*), i to, co cielesne tylko czy wręcz zwierzęce (*zoé*) i dlatego niższe, niezasługujące na podobną ochronę; taki apel o odrzucenie, będący znakiem negacji dotychczasowego prymatu świadomości, dopełniany jest apelem o uznanie nomadycznego, eko-logicznego podmiotu czerpiącego z materialności czy cielesności nieskończoną witalność życia pojmowanego jako proces ciągłego stawania się. Choć apele te dopełnia się próbami podnoszenia rangi zwierząt także stających się, choć tego nieświadomych, którym przypisuje się niekiedy nienaruszalne prawa pojmowane podobnie jak uprawnienia przyrodzone przypisywane od XVII w. za Lockiem człowiekowi, to bioetykę wciąż wiąże się raczej z poszukiwaniem odpowiedzi na wyzwania niesione przez znakomicie rozwijające się naukę i technologię czy raczej biotechnologię. Sygnatariusze Europejskiej konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny z 1996 r. (zwanej także Konwencją z Oviedo) wskazali, że wobec szybkiego postępu dokonującego się w biologii i medycynie honorować

należy zasady, które chronią godność i tożsamość istoty ludzkiej oraz gwarantują każdej osobie poszanowanie dla jej integralności i innych podstawowych praw i wolności; uznano zarazem, że interes i dobro istoty ludzkiej przeważa nad wyłącznym interesem społeczeństwa lub nauki.

O wielu odkryciach i innych sukcesach nauki, medycyny i technologii wspominamy w tekstach przedstawianych w niniejszym tomie. Ich autorzy prowadzą badania w dyscyplinach zaliczanych do różnych dziedzin nauk (nie tylko humanistycznych i społecznych, ale także o życiu), spoglądając z różnych perspektyw. W ich gronie znajdziemy prawników i filozofów, teologów i biologów, a także reflektujących nad przyszłością człowieka i sztucznej inteligencji. Nie tylko życie i śmierć są przedmiotem ich dociekań, ale także warunki życia i jego mnożenia lub ograniczania, zdrowie i jego brak, pozycja pacjenta i lekarza, wreszcie – a nie jest to lista pełna – dobre praktyki w badaniach naukowych z udziałem ludzi.

Zapraszając do lektury tekstów, mamy świadomość rozległości debat prowadzonych w nauce światowej nad poruszanymi zagadnieniami. Wielość prac traktujących o nich sprawia, że każdy z Autorów zmagał się z problemem wskazania tylko uznanych za podstawowe dla omawianych zagadnień. Z racji „ograniczeń redakcyjnych" zmuszeni byliśmy przenieść część z nich do zestawu literatury publikowanego po pierwszym haśle (jeśli Czytelnik nie odnajdzie przywoływanej w danym haśle pozycji w spisie po nim, to widnieje ona w spisie po haśle wprowadzającym).

Redaktor tomu
Bogdan Szlachta

Bogdan Szlachta
Uniwersytet Ignatianum w Krakowie;
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
https://orcid.org/0000-0003-4841-589X
https://doi.org/10.35765/slowniki.566

Biopolityka a bioetyka

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Wobec różnicowania się stanowisk etycznych dotyczących także kwestii początków i kresu życia, nie tylko ludzkiego, wzmaga się pojmowanie polityki nie jako poszukiwania dobra wspólnego, ale jako zmagań o dominację. Prawo ustanawiane przez konkurujące ugrupowania polityczne wskazuje także aktualne (a zmienne) granice rozstrzygnięć bioetycznych.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Ujęcia biopolityczne kształtowane są na bazie dwóch głównych podejść (samych w sobie niejednorodnych): liberalnego i „demokratycznego", kładącego akcent na pozycję (i prawa) jednostki albo korzyści (mierzone różnie) dla wspólnoty politycznej.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: W nowożytnym ujęciu rządzący ustanawiali normy prawne, korzystając z udzielonej im legitymacji. Obecnie znać, że ustalanie reguł określających warunki życia należy także do ekspertów wpływających na prawodawców. Głosy ich i wsłuchujących się w ich racje wyborców wpływają na kształt biopolityk odzwierciedlanych w przepisach prawnych.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Warunki życia akceptowane przez polityków pozostających pod wpływem ekspertów, powodujących się jednak głównie zmiennymi i różnorodnymi opiniami wyborców, coraz rzadziej kojarzone są z niezmienną naturą gatunkową, coraz mocniej zaś z przyrodą otaczającą człowieka i z jego rosnącymi oczekiwaniami. Jeśli konkurujące ze sobą wizje

biopolityczne mają uwzględniać uwarunkowania bioetyczne, ich znajomość przez wyborców winna wciąż rosnąć, by ograniczyć wpływ emocji w procesach decydowania politycznego.

Słowa kluczowe: biopolityka, bioetyka, liberalizm, demokracja liberalna, życie

Definicja pojęcia

Biopolityka to, literalnie rzecz ujmując, polityka zajmująca się życiem (gr. βίος). O to, czym ono jest, toczą się jednak spory nie tylko wśród polityków: jedni – mówiący zwykle, że zajmują „stanowisko świeckie", niekiedy nawet „naukowe" – uznają, że jest ono właściwe ciałom nie tylko ludzkim, o czym miał wiedzieć już w starożytności Arystoteles wspominający o duszy wegetatywnej ożywiającej byty należące do różnych gatunków, a nawet rośliny (u tego samego autora znajduje się tezę, że to, co ongiś zwano duszą, jest formą ciała, nie czymś, co może odrębnie egzystować czy być „na obraz i podobieństwo Boga" jako nie-ciało); inni – wyznawcy religijnych zapatrywań (zwłaszcza katolicy) – mają jednak człowieka za złożenie ciała i nieśmiertelnej duszy ustanowionej przez Boga i przed Nim odpowiedzialnej za wybory, zbawianej lub potępianej (człowiek został tedy wyróżniony jako gatunek przez ustanowienie na obraz i podobieństwo niecielesnego Stwórcy oraz zyskanie zdolności naśladowania Go); są i tacy, którzy przekonują, że życie należy kojarzyć nie tylko z *bíos* (jak zazwyczaj przed XXI stuleciem) uzdalniającą człowieka do kształtowania praktyk społecznych i dyskursywnych, ale także z *zoé* – tym, co ma on wspólne ze zwierzętami, wspólnie z którymi podlega ewolucji (to sprawia, że ani człowiek, ani gatunki zwierzęce nie posiadają stałych natur; zmieniają się one w trakcie ewolucji m.in. na skutek wykształcania się pewnych zdolności). Już w tych trzech ujęciach znać zapowiedź problemu wynikającego z różnego pojmowania życia przez polityków i ich wyborców, którzy już to pragną chronić np. życie różnych gatunków (deprecjonując pretensje człowieka choćby do „korzystania ze zwierząt" podobnie jak on żyjących), już to mają ludzkie tylko życie za „święte" (od poczęcia po naturalną śmierć ciała), już to wreszcie traktują człowieka na podobieństwo swoistej „maszyny" pozbawionej duszy czy nawet ducha, nieposiadającej natury gatunkowej, niezmiennej, bo pomyślanej i ustanowionej przez Boga, posiadającej natomiast wykształconą ewolucyjnie charakterystykę, którą można ewentualnie zmieniać dzięki nowym odkryciom i technologiom. W następstwie tego zróżnicowania (i wielu innych opinii o tym, czym jest życie, które poznawać można, studiując niniejszy tom) mawia się niekiedy, że biopolityka może być: (1) „naturalistyczna", gdy jest nakierowana np. na ochronę natury skrywającej niezmienne skłonności

właściwe gatunkowi, na „naturalne procesy życiowe", które uwzględnia i otacza ochrona prawna; (2) „policystyczna", gdy zapowiada ustanawianie reguł dla ustanawiania raczej niż ochrony procesów życiowych; (3) „relacyjna", gdy życie nie jest podstawą ani przedmiotem kształtowanym, nie chroni natury znanej z tradycji arystotelesowskiej kontynuowanej m.in. przez chrześcijan odwołujących się do św. Tomasza z Akwinu ani nie jest kształtowana przez suwerena, lecz jest zdominowana przez „polityczna wiedzę", w której „nowoczesne nauki humanistyczne i przyrodnicze oraz wywodzące się z nich koncepcje normalności strukturyzują działanie polityczne i określają jego cele" (Lemke, 2010, s. 43).

Dla Michela Foucaulta, uznawanego za najbardziej wpływowego teoretyka biopolityki w XX w., kluczowy termin oznacza i cezurę historyczną, od której problematyzowana, a nawet usuwana jest kluczowa dla nowożytności władza suwerenna, i podstawę gruntującą rasizm, i wreszcie (najbardziej nas zajmującą) treść „biowładzy" ujawniającej się m.in. jako „bioprawo". Każde z tych znaczeń unaocznia bezpodstawność tezy, że rozstrzygnięcia etyczne ustanawiają kryteria zasadności rozwiązań prawnych, politycy winni tedy chronić niezmienną naturę, nie dopuszczać do jej naruszenia (np. dzięki honorowaniu zakazów prawa naturalnego, które obowiązują – m.in. jak u Jana Pawła II – *semper et pro semper*), kształtować warunki życia tylko zgodnie z tak pojmowaną naturą. Każde z nich ujawnia prymat sfery politycznej wobec sfery etycznej, sugerując, że politycy winni się powodować w legislacji oczekiwaniami wyborców, a nie racjami moralnymi wywodzonymi z obowiązujących powinności, cnót lub rozważenia następstw czynów. Również często przywoływane w związku z debatami o życiu prawa człowieka lub prawa osoby ludzkiej, gruntowane często na tezie o przyrodzonej godności każdego człowieka lub każdej osoby ludzkiej (ustanowionej przez Boga jako Jemu podobna i do Niego dążącej), kształtowane są przez uczestników gier politycznych mających prawo za jedyny powszechnie wiążący ład normatywny we współczesnych zachodnich demokracjach zwanych liberalnymi. Odmienne kultury, w których zakorzenieni są ich uczestnicy lub różne podejścia „antropologiczne", dyktować mają wiele podejść do życia, uzasadniać jego świętość lub jakość zależnie od przyjmowanych przez nich jako podmioty moralne, a zarazem wyborców koncepcji dobra podzielanych przez bliskie im ugrupowanie bądź ugrupowania polityczne. To sprawia, że preferowane przez

ugrupowania i ich wyborców biopolityki warunkują bioprawo, a przez nie wyznaczają granice poszukiwań bioetycznych. Być może spory toczone w ich trakcie są nierozstrzygalne, ale rozstrzygalne zdają się być spory polityczne odpowiednio do aktualnego rozkładu sił politycznych. Spory o aborcję (dla jednych wyborców będącą wręcz „prawem człowieka", dla innych zachowaniem unieważniającym prawo do życia człowieka już istniejącego, acz nienarodzonego) czy eutanazję (dla jednych oczekiwaną przez nieuleczalnie chorych i cierpiących, dla innych negacją przez człowieka cechy nadanej mu przez Boga) to przedmioty politycznych zmagań, które prowadzą do przyjęcia rozwiązań nienakazujących zabijać, ale umożliwiających zadanie niekiedy śmierci płodowi/człowiekowi poczętemu albo człowiekowi cierpiącemu; rozwiązań, które bywają dopełniane zobowiązaniem lekarza do świadczenia pomocy osobie korzystającej z takich możliwości (co rodzi problem dopuszczalności sprzeciwu jego sumienia, która może zostać wykluczona przez prawodawcę).

Znane już starożytnym, nie tylko Hippiaszowi czy Sokratesowi, napięcie między tym, co prawodawca uznał za legalne, a tym, co sprawiedliwe, wciąż jest rozpatrywane. Członkowie ciał legislacyjnych są dzisiaj jednak członkami ugrupowań reprezentujących grupy wyborców powodujących się partykularnymi zapatrywaniami, rozeznających pełniej lub nierozeznających problemów, z jakimi mierzą się bioetycy, różnie pojmujących sprawiedliwość. Poddają się oni jednak rozstrzygnięciom legislatywy, choć nie wszystkie uznają za sprawiedliwe: jeśli jednak zostały one przyjęte w przewidzianych procedurach, to – zgodnie z wymaganiami „moralności prawa" – są honorowane jako legalnie wiążące. Od przełomu XX i XXI stulecia zajmują nas już nie dawne rozumienia biopolityki, które uzasadniały praktyki wyłączenia gruntowane w eugenice lub rasizmie albo – jak u Rudolfa Kjelléna, szwedzkiego uczonego, który w 1922 r. jako pierwszy użył terminu „biopolityka" – odnoszone były do zachowań państw-organizmów zabiegających o przechowanie swego życia, lecz zagrożenia niesione przez różne biopolityki dla praw człowieka (praw osoby ludzkiej). Państwo jako „forma życia" bywało ongiś kojarzone z narodem (dla pielęgnowania jego materiału genetycznego niemieccy naziści stosowali m.in. selekcję i eliminację), w demokracjach liberalnych jednak przyzwala się na pozbawianie życia nie przez orzekanie (zakazywanej) kary śmierci za zbrodniczy czyn, ale

np. przez legalizację możności zabijania nienarodzonych jako „możności przedprawnej" danego podmiotu prawa. Jeśli państwo ma nie tyle „skazywać na śmierć" choćby za zbrodniczy czyn, ile ma na nią „zezwalać", to uśmiercana jednostka nie jest już podmiotem nienaruszalnych praw, lecz istotą poświęcaną dla innych lub społecznej całości gwoli zachowania bezpieczeństwa (w trakcie pandemii Covid-19 w imię zdrowia populacji bywała ona izolowana i wzywana do poddawania się szczepieniom, jakby odpowiedzialność za jej życie przejmowało państwo, ona zaś nie była podmiotem decydującym o własnym życiu i zdrowiu). W sporze biopolityków dbających o życie populacji/wspólnoty albo o życie jednostki (za którym znacznie częściej obstają bioetycy) ujawnia się inny jeszcze problem: choć warunki życia są ustalane w procesie legislacyjnym przez legitymizowanych przez wyborców polityków, to na ich wolę wpływają i powoływani przez nich eksperci (w tym również bioetycy), i organizacje międzynarodowe.

Analiza historyczna pojęcia

Od starożytności trwają poszukiwania mocniejszych niż konwencja (umowa) podstaw normatywnych dla reguł współżycia zbiorowości: zrazu odwoływano się do kosmonomii (ład kosmiczny miał znajdować analogon w ładzie społecznym chronionym przez prawodawców) i teonomii (wola osobowych bóstw lub Boga jedynego ustanawiała reguły wiążące także ludzi) dla ukazania źródeł reguł określających życie, zwłaszcza człowieka wyróżnianego spośród innych gatunków. Niejednorodne tradycje grecka, starotestamentowa, rzymska i chrześcijańska wskazywały różne początki jego życia (niekiedy uznawano, że dusza jednostkowa istnieje już przed pojawieniem się ciała, kiedy indziej wiązano jej istnienie z animowaniem ciała, a były również stanowiska „materialistyczne", nieuznające istnienia duszy) i wskazywały różne jego kresy (mimo obumarcia ciała dusza wciąż żyje, obumiera wraz z nim albo obumiera tylko ciało). W tradycji chrześcijańskiej życie człowieka zyskiwało większą wartość niż obywatela poświęcającego życie dla wspólnoty gwoli zachowania się w jej pamięci. „Indywidualizacja" i „depolityzacja" dopełniane były tezą, iż życie nadaje człowiekowi Bóg i On tylko może mu je odebrać, obdarowany zaś nie może

pretendować do Jego pozycji, decydując o życiu własnym lub innego ludzkiego podmiotu. W tzw. przysiędze Hipokratesa znać już zakaz wiążący lekarza, który nie miał się przyczyniać do śmierci nawet człowieka nienarodzonego, jednak to w tradycji chrześcijańskiej dopełniono relację człowieka z Bogiem przekonaniem o odpowiedzialności obdarowanego nim za zachowania własne. Jako nadane przez Boga życie stawało się święte i miało takim pozostawać, skoro obdarowany miał realizować Jego wolę, by osiągnąć zbawienie. Ostatecznie Jego wola (objawiona jako prawo Boże lub ujawniona jako gatunkowa natura, której nie należało negować) wyznaczała granice swobody poczynań każdego podmiotu, także legislatora, który miał chronić życie członków podlegającej mu społeczności powstającej w sposób naturalny, dzięki tkwiącej w każdym człowieku i mającej każdego skłaniać do życia we wspólnocie. Wobec wzmagających się od XIV w. skutków rewolucji nominalistycznej (negacja tezy o istnieniu realnym natur gatunkowych myślanych zrazu przez Stwórcę) i przywracania przedchrześcijańskiej refleksji politycznej (ponowne wyakcentowanie relacji jednostki nie do Boga, lecz do politycznej wspólnoty, z czasem wydobycie racji stanu jako elementu organizującego starania nie tylko rządzących, ale i rządzonych), słabły dawne ujęcia. Bóg stawał się „arbitralny", Jego aktualna wola określała dobro mogące posiadać różną treść, z czasem zaś król, a później lud upodabniane były do Niego, zyskując władzę określania tego, co jest dobrem mierzonym zasadniczo pożytkiem publicznym.

Choć dopiero w następstwie popularyzacji teorii ewolucji zaczęto zwracać uwagę na genezę człowieka traktowanego jako byt wyłącznie cielesny (jak chcą niektórzy, popadając tym samym w błąd antropologiczny), to ślady takiego ujęcia możemy odnaleźć już w dywagacjach świadka następstw rozpadu chrześcijaństwa rzymskiego Thomasa Hobbesa z połowy XVII w. Nie znał on już natury gatunkowej ludzi ani chroniącego ją prawa naturalnego, miał natomiast jednostkę za pierwszą wobec zbiorowości, zabiegającą w przedspołecznym i przedkulturowym stanie natury o przetrwanie tylko jako to oto ciało. Jednostka powodująca się instynktem samozachowawczym tworzyła państwo wraz z podobnymi do niej, by zyskać – jako obywatel – wzmożoną ochronę ciała. Państwo ustanawiało prawo niechroniące żadnej kultury, lecz tylko ciała obywatela, ograniczając przyrodzone uprawnienia posiadane już przez jednostki, które uzasadniały nawet zabijanie

drugiego gwoli zachowania życia własnego ciała. Prawo państwa (także natury, rozumu), zrazu jedyny ład ugruntowany na zapowiedzi zastosowania przymusu wobec każdego, kto je gwałci, ujawniało zwierzchnią jego pozycję jako suwerena wobec obywateli ujmowanych jako „całości integralne" korzystające z wolności tam tylko, gdzie nie ustanowiono zakazów. W ramach tego ładu miały działać wszystkie jednostki, także eksperci; w ramach ładu ustanowionego przez państwo, przez prawodawcę, a nie odpowiednio do natury jakoby niezmiennej, a nawet przez Boga ustanowionej. Gdyby zatem eksperci zyskali wiedzę pozwalającą zmieniać kod, z którym zostanie skojarzone życie, albo go przeprogramowywać, to za przyzwoleniem państwa mogliby realizować „politykę molekularną", nierejestrującą już i niedokumentującą procesów życiowych, lecz transformującą życie, aktywnie zmieniającą żywe istoty, jak choćby w transplantologii nieopisującej „materiału ludzkiego", lecz transcendującej „żywego człowieka", sprawiającej, że niektóre jego części mogą „dalej egzystować w ciałach innych ludzi". Istotnie, decyzji w tym zakresie nie podejmują już piastuni władzy publicznej, lecz eksperci poruszający się w ramach wyznaczanych przez przepisy prawne. To oni definiują, „czym jest (ludzkie) życie, kiedy się ono zaczyna i kiedy kończy", prowadząc tanatopolitykę będącą częścią biopolityki (Lemke, 2010, s. 108–110).

W projekcie Hobbesa szuka się też niekiedy uzasadnienia dla angażowania państwa w transhumanizm, przyzwalanie przez nie na zarządzanie przez ekspertów ewolucją, decydowanie o przyszłości ludzkości coraz bardziej zasobnej i dokonującej postępu (Huxley, 1968, s. 73–76; Collins, 2006, s. 2–3). Dostęp do procesów życiowych dzięki zdobyczom nauk biologicznych i rozwojowi technologii skłania do porzucania idei naturalnego pochodzenia wszystkich istot żywych i uznawania, że może istnieć sztuczna wielość form życia, które bardziej są podobne do technicznych artefaktów niż do istot naturalnych.

> Biologiczno-molekularna redefinicja życia jako tekstu, postęp w biomedycynie w zakresie nowych technik obrazowania aż po analizę DNA, a także technologie reprodukcyjne […] zrywają z wyobrażeniem integralnego ciała, które w coraz mniejszym wymiarze [uznawane jest] za substrat organiczny, a coraz bardziej za program molekularny, który można odczytać i zapisać na nowo (Lemke, 2010, s. 112).

Okazuje się jednak, że Hobbes nie godził się na naruszenie integralności ciała, że tedy jego projekt winien zostać porzucony jako wykluczający możliwość „stworzenia nowego gatunku biologicznego, który dzięki inżynierii genetycznej i nowym technologiom będzie w stanie nie tylko uzyskać większą władzę nad naturą" (rozumianą jako przyroda nas otaczająca i to, co dotąd charakteryzowało człowieka wraz z jego śmiertelnością), „ale przede wszystkim zdobyć absolutną władzę", biowładzę nad ludźmi (Roskal, 2015, s. 256). Biowładza określać ma zjawisko znajdowane obok określanego jako władza dyscyplinarna: o ile w dyskursie suwerennościowym Hobbesa i jego naśladowców „prawo życia i śmierci było jednym z zasadniczych atrybutów suwerena", mającego możność „skazywania na śmierć i zezwalania na życie", o tyle od XIX w. władzy nie kojarzy się już z relacjonowanym do prawa suwerenem, na jego podstawie nieskazującym na śmierć lub zezwalającym na życie, lecz z nowym prawem „skazywania na życie" (a nie na śmierć) i „zezwalania na śmierć" (a nie na życie) (Foucault, 1998, s. 237–238). Władza nie korzysta już z dyscypliny, „która odnosi się do ciała", lecz zwraca się „do ludzkiego życia, człowieka żyjącego, człowieka jako istoty żywej". Miast dyscyplinować, nadzorować, tresować, ewentualnie karać ciała jednostek, odnosi się ona „do masy, której dotyczą ogólne procesy właściwe życiu, takie jak narodziny, śmierć, produkcja, choroba itd.". Po „zawładnięciu ciała, które dokonało się według modelu indywidualizacji", teraz władza dokonuje drugiego zawładnięcia, nie indywidualizującego już, ale umasawiającego, zwracającego się „nie do człowieka-ciała, ale do człowieka-gatunku. Po anatomopolityce ludzkiego ciała, stworzonej w ciągu XVIII wieku, pojawia się, pod koniec tego samego stulecia, coś, co nie jest już anatomopolityką ludzkiego ciała, lecz „biopolityką ludzkiego gatunku", pozwalającą na decydowanie o takich procesach, jak „proporcja urodzin i zgonów, wskaźnik reprodukcji, płodność danej populacji itp." (Foucault, 1998, s. 240). Tym samym biopolityka rozstaje się z ujęciem Hobbesa, przenosi zainteresowanie z ciała jednostki na „ciało zbiorowości", w której i ona jest odnajdowana.

Nie z ujęciem Hobbesa, lecz z inną, choć również liberalną propozycją, wiążą się krytycy podejść trans- czy nawet posthumanistycznych zapowiadających zastąpienie „selekcją umyślną" i „ewolucją udoskonalania" selekcji naturalnej i ewolucji darwinowskiej (Harris, 2007, s. 4). „Biokonserwatyści", sięgający do nieco późniejszego od podanego

przez Hobbesa projektu Johna Locke'a, negują pretensje transhumanistów uzasadniających doskonalenie tak moralne człowieka przez zwiększanie jego kompetencji kognitywnych, jak i emocjonalne przez kształtowanie usposobienia podatnego na zachowanie kooperacyjne w nadziei poprawy jakości jego życia (Soniewicka, 2015, s. 40). Oddając jednostkom pełną (wyłączną) kompetencję w zakresie decydowania o ich przecież życiu i zdrowiu, za Lockiem „biokonserwatyści" wspominają o uprawnieniach jednostek, które nie mogą być zawężane nawet w imię ochrony życia obywateli, chyba że na podobny ruch zezwoli ich dysponent. Na stosowanie nowych rozwiązań technologicznych wobec niej winna zatem zgodzić się jednostka. Jeśli uprawnienia przypisuje się każdej jednostce bez względu na stopień jej rozwoju, pozycję społeczną i stan świadomości, to posiada je również człowiek nowo poczęty i nikt – także matka czy rodzice, eksperci czy sędziowie – nie mogą ich naruszać, w przeciwnym bowiem razie łamaliby znany każdemu zakaz prawa natury lub rozumu. Propozycje te unaoczniają pozycję jednostki jako wyłącznego dysponenta uprawnień, m.in. do życia i zdrowia: nikt nie może jej zmusić do podejmowania jakichś zachowań wobec jej ciała, zarazem jednak nikt nie może – bez jej zgody – pomagać jej w zakresie ochrony życia bądź ochrony zdrowia.

Obaj liberałowie nie uznają natury gatunkowej wspólnej wszystkim ludziom, tego, co upodabnia je do siebie; uznają natomiast umowę zawieraną dla zyskania mocniejszej ochrony życia lub uprawnień przyrodzonych przez jednostki korzystające z ciał o „strukturze stałej". Z pewnością proponują oni ujęcia chroniące przed zawłaszczaniem (i modyfikowaniem) ciała przez państwo podobne nazistowskiemu, czynią atoli jednostkę z niego korzystającą wręcz panem czy właścicielem swego ciała: „jeśli dla nazizmu człowiek *jest* własnym ciałem i tylko nim, dla liberalizmu, począwszy od Locke'a" (lecz nie Hobbesa) „człowiek *ma*, posiada własne ciało, a zatem może go używać, zmieniać je, sprzedać niczym swojego niewolnika"; ciało nie państwu zostaje oddane, lecz jednostce, która jednak w państwie znającym prawo się mieści i prawu temu podlega: zainteresowanie państwa liberalnego ciałem oddanym jednostkom wikła je w konflikt z nimi, z ich właścicielskimi pretensjami wobec ich ciał (Esposito, 2015, s. 164).

„Stałość" człowieka została sproblematyzowana po doświadczeniach i z „biopolityką państwową", i z „biopolityką jednostkową" (by

użyć obrazowych kategorii Roberta Esposita): zyskujące popularność w XX w. ujęcie Barrhusa (Frederica) Skinnera, bywa przywoływane jako uzasadnienie tezy bliskiej transhumanistom, iż człowiek podobny jest do maszyny pozbawionej wolnej woli i godności, nieodpowiedzialnej za postępowanie, którą wciąż można udoskonalać (Stevenson & Haberman, 2001, s. 225–226). Spektakularne innowacje w dziedzinie biotechnologii, dzięki którym można było „poprawiać ciało" człowieka, pomnożyły pytania o granice postępu naukowego i sposoby regulowania go, okazało się bowiem, że z racji przemian kulturowych dopuszczających coraz chętniej „ingerencje w naturę" zmieniać można także rozstrzygnięcia prawne. Od lat 70. XX w. zaznaczają się, a od przełomu tysiącleci zyskują na znaczeniu skojarzenie wyczulające na życie wielu bytów, nie tylko ludzi, zagrożenia dla środowiska naturalnego, a także na granice lub utrudnienia ze strony utrwalonych kulturowo i chronionych przez prawo praktyk społecznych i gospodarczych. Zwraca się uwagę, że wobec odkryć naukowców i innowacji technologicznych coraz trudniej ustalić „naturalną podstawę życia człowieka" i wskazać jej odmienność od „sztucznych" form życia (co m.in. skłania do namysłu nad rozwojem sztucznej inteligencji i pytania, czy – jako mianowana „inteligencją" – jest ona lub kiedykolwiek będzie świadoma).

Ujęcie problemowe pojęcia

Nie etyka czy bioetyka jako jej fragment określa dzisiaj obowiązujące obywateli granice życia i reguły postępowania wobec niego: pacjentów i ich zastępców, lekarzy i – ogólniej – ekspertów wiążą normy prawne ustalane w procesie angażującym aktorów powodujących się partykularnymi programami i interesami. Bioprawo nie tyle dominuje nad bioetyką, ile kreśli dla niej granice, jak w projekcie Hobbesa prawo państwa wyznaczało granice dla wolności obywateli. Lecz bioprawo dopełnia biopolitykę prowadzoną przez aktualnie dominującego aktora na scenie politycznej, który zyskał poparcie większości elektoratu mającej za racjonalne warunki życia albo kryteria wyłączeń ustalane z uwzględnieniem kosztów opieki zdrowotnej i podtrzymywania życia, a nawet kosztów ochrony środowiska biologicznego życia człowieka. Świadomi tego bioetycy starają się niekiedy wskazywać wymagania „moralności

potocznej" nie na podstawie dawnych etyk deontologicznych czy konsekwencjalistycznych, ale „podejść pragmatycznych" lub „funkcjonalnych", by ustalić

> ramy wszystkich uzasadnionych systemów moralnych zmierzających do zmniejszenia ilości cierpień, a przez to umożliwiających zmaganie się z problemami moralnymi w sposób akceptowalny dla wszystkich osób bezstronnych i racjonalnych (Gert, Culver, & Clouser, 2009, s. 17–22 i 53–54).

Propozycja bioetyków koresponduje z projektami filozofów polityki XX w., także ufających w bezstronność, racjonalność bądź rozumność, wreszcie uczciwość uczestników doświadczenia demokratyczno-liberalnego. Także w niej znać oczekiwanie na deliberację o problemach moralnych, która prowadzić ma do konkluzji akceptowalnej dla wszystkich osób bezstronnych, racjonalnych i uczciwych. Jeśli istotnie przepisy prawne wyznaczają granice dopuszczalnych zachowań dotyczących życia własnego lub cudzego, a nawet – i coraz częściej – życia zwierząt, to nade wszystko od aktorów zmagań politycznych je przygotowujących i przyjmujących oczekiwać należy bezstronności, racjonalności i uczciwości. Aktorzy ci jednak nie są jednostkami wyzutymi z własnej partykularności, są „stronniczy", bo starają się zdobyć poparcie w zróżnicowanym wszak elektoracie: o ile można było – śladem Johna Rawlsa – „spychać" jednostki do sytuacji pierwotnej, za zasłonę niewiedzy, by – usuwając to, co je różnicuje – odnaleźć w każdej z nich zasady sprawiedliwości, konstytucję dobrze urządzonego społeczeństwa liberalno-demokratycznego, pozwalającą mierzyć zasadność „empirycznych konstytucji", o tyle niepodobna przyjmować, iż aktorzy/ugrupowania polityczne będą równie „nieokreśleni", równie neutralni. Przeciwnie, należy przyjąć, że będą oni korzystać z różnych stanowisk bioetycznych, które „dopasowywać" będą do własnych programów nakierowanych na zyskanie poparcia wyborców; często odwoływać się będą do emocji raczej niż do racji rozumowych, korzystając nie tylko z ujęć Hobbesa i Locke'a, ale także Jana Jakuba Rousseau (obywatel jedna się z ludem i poświęca nawet swe życie dla niego) czy konserwatystów. Jedni aktorzy wspominać będą o potrzebie roztaczania coraz dalej idącej opieki przez agendy rządowe (państwo) gwoli zwiększenia bezpieczeństwa egzystencji jednostek i zbiorowości, bagatelizując nawet autonomię pierwszych dzięki „przyzwoleniu" wywodzonemu z legitymacji

uzyskanej w wyborach. Inni zwracać będą uwagę na prywatność każdej jednostki i jej wyłączność w zakresie dysponowania swoim przecież życiem (uzasadnienie własnej rezygnacji podmiotu z życia przez wezwanie do zaniechania uporczywej terapii) i zdrowiem, a w pewnych projektach z życiem również poczętego w łonie matki człowieka (płodu) od niej różnego. Jeszcze inni unaoczniać będą istnienie grup lub zgoła mas jako istotniejszych od ich składowych, często komponując to ujęcie nie tyle już z eugeniką lub rasowością, ile z utylitarystyczną korzyścią liczniejszych wymagającą unieważnienia korzyści mniej licznych (z tym ujęciem wiąże się spór toczony również przed sądami konstytucyjnymi o prymat gwarantowanych w ustawach zasadniczych praw i wolności jednostek nad wymaganiami większości lub liczniejszych). Są i tacy, którzy w imię nadziei udoskonalania człowieka będą się odwoływać do idei postępu realizującej się w odkryciach naukowych i coraz lepszych rozwiązaniach technologicznych, uchylając w pewnym zakresie pytanie (o „granice postępu"), czy człowiekowi wolno robić wszystko to, co zrobić potrafi. Wreszcie są i tacy, którzy – ceniąc zakumulowany dorobek kulturowy – stają w jego obronie, w nim znajdując granice dla prac naukowców i inżynierów wskazujących wciąż nowe rozwiązania.

Z tych tylko ujęć jako różnych wychodząc, aktorzy polityczni wdają się nie tylko w spór o udział władz publicznych w decydowaniu lub niedecydowaniu o życiu, ale także w spór o kontrolowanie przez państwo i łożenie przez nie środków publicznych na tworzenie nowych organizmów żywych (m.in. problem *in vitro*), a nawet „organoidów". Powstają już organizmy złożone z kreowanych w laboratoriach komórek pozbawionych świadomości, co wzmaga niepokój części bioetyków o to, czy wytwarzanie np. wirusów to wstęp do wytwarzania „ulepszonych" zwierząt (co już się dzieje, gdy uwzględnimy zdobycze w zakresie ich hodowli), a może i ludzi. Niepokój ten wzmaga się, gdy podejmuje się namysł nie nad inteligencją sztuczną, lecz nad inteligencją świadomą, wpisywaną w ogólniejszą wizję posthumanistyczną, która wiedzie bioetykę, a także biopolitykę i bioprawo, ku stanowisku krytycznemu wobec „naturalnego" człowieka w pewnych ujęciach już zastępowalnego. Wizje „kresu antropocenu" są wyrazem nadziei części uczonych na „nowy świat", w którym istotne miejsce zajmować będą nie tylko zwierzęta posiadające nienaruszalne prawa przypominające uprawnienia ongiś przypisane każdej jednostce przez Locke'a, ale także istoty wytworzone

przez człowieka, które w ewolucji wyprą go z zajmowanej pozycji. Bioetycy eksponujący świętość ludzkiego życia nie będą się już zwierać z bioetykami eksponującymi potrzebę poprawiania jakości życia, która uzasadnia niekiedy niezgodę na nowe życie lub zgodę na skracanie go, ale z bioetykami czy raczej politykami problematyzującymi wartość ludzkiego życia, mającymi je za nieetyczne z racji zakłócania ekosystemu albo za nieużyteczne społecznie, bo wymagające zbyt wielkich nakładów. „Gatunkowy imperializm" wsparty na uzasadnieniach zakorzenionych w niektórych nurtach filozoficznych czy religiach, bywa już wydobywany w sporach politycznych, choć teza o nieetyczności ludzkiego życia nie jest jeszcze akceptowana przez wyborców opierających się jakże często na emocjach wspartych przyzwyczajeniami, brzmi jednak donośnie w „akademii". Zbiorowości, które kładą akcent nie na rozwój człowieka przez Boga ustanowionego i do Niego zmierzającego, ale na „autentyczność" i realizowanie przez niego własnego projektu życia w możliwie najlepszy sposób, coraz częściej liczą na rozwój technologiczny umożliwiający poprawę jakości życia tych, którzy pragną i są w stanie się realizować. To kolejny krok, obok częstego porzucania wizji człowieka jako osobowego bytu posiadającego nieśmiertelną duszę, która po śmierci ciała zachowuje życie (niekiedy szczęśliwe), ku uznaniu, że niepodobna już ograniczać wyborów zabiegających o spełnienie siebie jako ciał przy użyciu norm prawnych budowanych na przebrzmiałych wielkich narracjach. Natura nie może już stanowić punktu odniesienia, warunki życia bowiem ustalać winien prawodawca dostosowujący rozwiązania do wciąż rozwijanych technologii mających służyć wydłużaniu życia lub poprawianiu jego jakości zmieniającemu się człowiekowi.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Niekiedy zwraca się uwagę, że tzw. rewolucja nominalistyczna rozpoczęta w XIV w. doprowadziła do erozji przekonania o istnieniu wspólnej wszystkim ludziom gatunkowej natury i podjęcia prób definiowania człowieczeństwa tylko jako nazwy ogólnej przez filozofów, z czasem zaś przez prawodawców, którzy w demokracjach liberalnych odgrywają rolę autorów powszechnie wiążącego ładu normatywnego. To,

czy uwzględniają oni rozstrzygnięcia tych lub innych bioetyków, odwołujących się do różnych koncepcji antropologicznych stanowiących także punkty odniesienia dla różnych ujęć politycznych, staje się jedną z kwestii szczególnie współcześnie zajmujących. Podzielane przez grupę bioetyków i przedstawicieli jednego z wielu ugrupowań pojmowanie człowieka, jego zmieniających się potrzeb i oczekiwań, znajduje odzwierciedlenie w rozwiązaniach prawnych, niechroniących już jednego projektu etycznego wiążącego wszystkich. Spory o pojmowanie człowieka lub raczej sposoby definiowania go ujawniają się w debatach politycznych, których uczestnicy toczą zmagania o dominację, o przychylność wyborców hołdujących różnym koncepcjom dobra, uwzględniającym niekiedy tylko korzyść własną lub także zbiorowości, kiedy indziej nienaruszalne prawa człowieka lub osoby ludzkiej, spierających się o istotę i granice wolności, warunki bezpieczeństwa i relacje ich do wolności jednostkowej oraz „dobrostanu" wspólnoty politycznej (etopolitycy w rodzaju Nikolasa Rose'a przekonują jednak, że w centrum namysłu biopolityków znajduje się dzisiaj nie tyle ciało ludności, ile genetyczna kondycja jednostek skądinąd ludzką naturę coraz częściej zastępuje się terminem „kondycja ludzka", co ułatwia realizację postulatu jej poprawy: już nie „socjalizacja biopolityczna" jest istotna, lecz „ulepszanie siebie" przez jednostki, dbanie o własne zdrowie i poprawę jakości; etopolityka wypiera tym samym biopolitykę czy ją tylko uzupełnia?).

Niekiedy korzysta się w sporach o pojmowanie życia czy człowieka z dystynkcji, które nie są honorowane przez wyborców uznających, że życie człowieka jest święte od poczęcia i nie wolno niszczyć zarodków (skoro „potencjalnie" tkwią już w nich ludzie), jak w zakazanym na poziomie międzynarodowym klonowaniu reprodukcyjnym, choć można korzystać nie w celu prokreacji, lecz dla celów leczniczych lub badawczych z zarodków uśmierconych na etapie blastocysty, jak w klonowaniu terapeutycznym. W dyskusjach wspomina się niekiedy o zarodku ludzkim znajdowanym poza ustrojem kobiety jako różnym od płodu w nim istniejącego, jakby nie były one bytami zdolnymi do samodzielnego rozwoju. Coraz częściej przyjmuje się, że winny je wieńczyć rozstrzygnięcia prawodawcy albo sądów, gdyż to bioprawo, w którego ustalaniu biorą udział głównie reprezentanci wyborców o różnych zapatrywaniach, określa, jak pojmowany jest człowiek, ono też wyznacza granice poszukiwań bioetycznych i stosowania nowych rozwiązań technologicznych. Niepodobna

nie dostrzegać, że pojawia się nowe niebezpieczeństwo: ongiś ciałem lub jego organami mogło rozporządzać państwo, coraz częściej jednak w imię „deregulacji" wycofuje się ono z tej również aktywności i zostawia ustalanie początku i kresu życia oraz jego „wartości" „w gestii naukowych metod definiowania, ekonomicznych motywacji zysku i cywilno-społecznych procesów negocjacyjnych w ramach rad etyki, komisji eksperckich i konferencji obywatelskich". Prowadzi to do przesuwania kompetencji regulacyjnych z obszaru publicznoprawnego do prywatnoprawnego, co znać już choćby w przypadkach, gdy państwowe regulacje zastępują „dyspozycje pacjentów i stosunki oparte na umowach" (Lemke, 2010, s. 74) albo gdy dawna „polityka emancypacji" gwoli zwiększenia szans życiowych zastępowana jest „polityką życia" przez jednostki pragnące realizować subiektywnie ustalane i wymagające usuwania przeszkód zewnętrznych „style życie" (Giddens, 2008, s. 111).

Fundamentalne przesunięcie mechanizmów biopolitycznych, jakie ma się dokonywać od przełomu XX i XXI w., rozszerzające możliwość udoskonalania poza granice wiązane z wyglądem ciała i zachowaniami ku korygowaniu lub optymalizacji „substancji organicznej", jaką jest również człowiek, coraz bardziej zacierają granice między tym, co normalne, a tym, co patologiczne, leczeniem i ulepszaniem (*enhancement*). Zwykle (choć nie zawsze) państwo nie ma już doskonalić „ciała narodu", lecz ma wspomagać jednostki, wsłuchując się w postulaty coraz liczniejszych grup działających na rzecz pozyskiwania środków publicznych dla walki „przeciwko materialnym i ideowym ograniczeniom dostępu do korzystania z technologii medycznych i wiedzy bionaukowej" (Lemke, 2010, s. 114). Członkowie takich grup, a także szersze kręgi społeczne, powodują się często nieznaną sobie, lecz „intuicyjnie przyjmowaną" koncepcją „kapitału ludzkiego", zgodnie z którą człowiek ma zmierzać do maksymalizacji korzyści, ustalając preferencje na rynkach wzajemnej gry podaży i popytu. Dążą oni tedy do wykazania, że należy powiększać kapitał, by umocnić swą pozycję w walce konkurencyjnej. Przy takim podejściu decyzje o posiadaniu dziecka lub poprawie kondycji psychofizycznej coraz częściej oglądane są z perspektywy celu i następstw czynu, a nie powinności określającej podstawy bądź granice zachowań dopuszczalnych moralnie. Wielkie znaczenie ma też sposób pojmowania „naukowości", bowiem, wobec dominacji empiryzmu, tracą znaczenie odesłania do nieuchwytnej zmysłowo

natury gatunkowej, zyskują natomiast behawioryzm i ewolucyjna psychologia, które skrywają pretensje polityczne: behawioryści marzą o stanie, w którym nauka – po rozpoznaniu warunkowań społecznych i procesów fizjologicznych zachodzących w mózgach – doprowadzi do utworzenia rządu mającego na względzie pomyślność obywateli, wskazującego i realizującego właściwą hierarchię wartości; ewolucjoniści mający ludzi za gatunek zwierzęcy (najwyżej rozwinięty) o wrodzonym instynkcie do agresywnego zachowania, mają nadzieję, że rozum ludzki poprowadzi we właściwym kierunku ewolucję po rozpoznaniu przyczyn instynktu agresji. Formatowanie „doskonalszego" człowieka przez uczonych wspierane będzie przez polityków, bo idzie o „komfort" czy jakość życia tutaj, w doczesności, w której jedynie toczy się gra polityczna.

Obywatele poszczególnych państw będą się zapewne przemieszczać ku ośrodkom o najbardziej zaawansowanym rozwoju, uchodzących za najlepsze w dziele poprawiania jakości życia. Czy w dobie globalizacji restrykcje w danym kraju mogą jeszcze powstrzymywać przed zachowaniami je przełamującymi, o ile uznane są one za korzystne przez rozpatrującego skorzystanie z nich? Czynienie życia wygodniejszym, bardziej komfortowym, przewidziane jest w pewnym zakresie nawet w dawnym projekcie Locke'a, dającym podstawę mniemaniu, że jednostka – swobodnie korzystająca ze swych zasobów – może wedle własnego życzenia łożyć na udoskonalanie swego życia i sponsorować badania pozwalające podnosić jego jakość, nie tylko je wydłużać, ale także zmieniać jego lub innych kod, usuwać cierpienie, poprawiać zdolności poznawcze i kształtować emocje. Także liberalna, jak przekonuje Foucault, „racjonalność rządzenia" wymaga uwzględniania ekonomii, a nie etyki jako głównego punktu odniesienia: nie legalność, ale skuteczność staje w centrum refleksji politycznej i prawnej, a w pewnym zakresie także refleksji etycznej (jak przekonuje etnolog medycyny Didier Fassin, analiza biopolityk zawsze uwzględniać winna „ekonomię moralną" leżącą u ich podstaw). Również wzmagająca się „technologia bezpieczeństwa" zmierza do optymalizacji mających zapewniać trwanie zbiorowości środków, które niekiedy uznawane są za krytyczne wobec praw jednostek i wobec ludzi żyjących, wyłączanych jednak spod ochrony prawa, prowadzących jeno „nagie życie" nawet we współczesnych demokracjach liberalnych zestawianych z koncentracyjnymi obozami nazistów (Agamben, 2008; Szlachta, 2016).

Bibliografia

Agamben, G. (2008). *Homo sacer. Suwerenna władza i nagie życie*. Przeł. M. Salwa, Warszawa: Prószyński i S-ka.

Esposito, R. (2015). *Pojęcia polityczne. Wspólnota, immunizacja, biopolityka*. Przeł. K. Burzyk i in. Kraków: TAiWPN Universitas.

Foucault, M. (1998). *Trzeba bronić społeczeństwa. Wykłady w Collège de France, 1976*. Przeł. M. Kowalska. Warszawa: „KR".

Giddens, A. (2008). *Konsekwencje nowoczesności*. Przeł. E. Klekot. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Gierycz, M. (2017). *Europejski spór o człowieka. Studium z antropologii politycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe UKSW.

Grabowiec, P. (2022). Totalitarny wymiar gnozy politycznej transhumanizmu i posthumanizmu. *Myśl Polityczna*, *2*(13), 71–92.

Harris, J. (2007). *Enhancing Evolution. The Ethical Case for Making Better People*. Princeton: Princeton University Press.

Huxley, J. (1968). Transhumanism. *Journal of Humanistic Psychology*, *8*(1), 73–76.

Lemke, T. (2010). *Biopolityka*. Przeł. Tomasz Dominiak. Warszawa: Wydawnictwo sic!.

Roskal, Z.R. (2015). (Astro)humanistyka w transhumanistycznym świecie. *Ethos*, t. 28, *3*(111).

Sandel, M. (2014). *Przeciwko udoskonalaniu człowieka. Etyka w czasach inżynierii genetycznej*. Przeł. O. Siara. Warszawa: Kurhaus Publishing.

Soniewicka, M. (2015). Transhumanizm: kilka uwag na temat filozoficznych źródeł sporu o ideę biomedycznego ulepszania moralnego. *Ethics in Progress*, *6*(1), 38–55. Poznań: Adam Mickiewicz University.

Stevenson, L., & Haberman, D.L. (2001). *Dziesięć koncepcji natury ludzkiej*. Przeł. U. Wieczorek. Wrocław–Warszawa–Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.

Szlachta, B. (2016). Liberalna demokracja jako obóz koncentracyjny? Kilka uwag o mnożących się (skandalicznych?) opiniach. *Studia nad Autorytaryzmem i Totalitaryzmem*, *38*(4), 57–67.

Literatura uzupełniająca do innych haseł

Agar, N. (2008). *Liberal Eugenics. In Defence of Human Enhancement*, Malden: Blackwell.

Aszyk, P. (2004). *Bioetyka*. W: A. Bugajska & P. Świercz (red.), *Etyka współczesna* (Słowniki Społeczne, t. XV). Kraków: Wydawnictwo WAM.

Balthasar, H.U. von (2001). *Teologia Misterium Paschalnego*. Przeł. E. Piotrowski. Kraków: Wydawnictwo WAM.
Biesaga, T. (b.d.). *Bioetyka*. Powszechna Encyklopedia Filozofii. Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu. Pobrano z: https://ptta.pl/pef/pdf/b/bioetyka.pdf (dostęp: 11.04.2025).
Biesaga, T. (2006). Europejska Konwencja Bioetyczna, *Medycyna Praktyczna*, *11-12*, 24–28. Bomba, J. (2009). Dylematy bioetyczne. Badania naukowe, metodologia. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, *9*, 35–38.
Bołoz, W. (2003). Bioetyka. Jej historia i sposoby ujmowania. *Studia Ecologiae et Bioethicae*, *1*, 161–175.
Bołoz, W. (2007). *Bioetyka i prawa człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
Chyrowicz, B. (2000). *Bioetyka i ryzyko. Argument „równi pochyłej" w dyskusji wokół osiągnięć współczesnej genetyki*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
Ciszek, M. (2010). Postulat czwartej generacji praw człowieka w politycznym systemie międzynarodowej ochrony – próba filozoficznego uzasadnienia z perspektywy personalizmu etycznego. *Studia Ecologiae et Bioethicae*, *8*, 105–116.
Collins, F.C. (2006). *The Language of God. A Scientist Presents Evidence for Belief*. New York: Free Press.
Cyrzan, H. (red.) (1997). *Życie jako wartość w kulturach świata*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
Deklaracja Genewska Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA). Przyjęta przez 2. Zgromadzenie Ogólne Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA). Genewa, Szwajcaria, wrzesień 1948 r. Przeł. M. Czarkowski & R. Krajewski. Warszawa: Ośrodek Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej.
Drozdowska, D. (2007). *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta w ustawodawstwie polskim*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
Durrwell, F.X. (2006). *La mort du Fils*. Paris: Cerf.
Ellos, J.W. (2004). *Ethical practice in clinical medicine*. London: Taylor & Francis e-Library.
Ferry, L. (1995). *Nowy ład ekologiczny. Drzewo, zwierzę i człowiek*. Przeł. H. Miś i A. Miś. Warszawa: Centrum Uniwersalizmu przy Uniwersytecie Warszawskim i Polski Oddział Międzynarodowego Towarzystwa Uniwersalizmu przy współpracy z Wydawnictwem Naukowym Scholar.
Fukuyama, F. (2014). *Koniec człowieka. Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*. Przeł. B. Pietrzyk. Kraków: Znak.

Ganowicz-Bączyk, A. (2009). *Spór o etykę środowiskową*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
Gert, B., Culver, Ch.M., & Clouser K.D. (2009). *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*. Przeł. M. Chojnacki. Gdańsk: słowo/obraz terytoria.
Greshake, G. (2010). *Życie silniejsze niż śmierć. O nadziei chrześcijańskiej*. Poznań: W drodze.
Gribbin, J. (2013). *Dlaczego jesteśmy, Cud powstania życia na Ziemi.* Przeł. A. Tuz. Warszawa: Prószyński i S-ka.
Guardini, R. (2004). *O rzeczach ostatecznych. Chrześcijańska nauka o śmierci, oczyszczeniu po śmierci, zmartwychwstaniu, sądzie i wieczności*. Przeł. T. Grodecki. Kraków: Wydawnictwo WAM.
Haberko, J. (2012). Wyrządzenie szkody prenatalnej w kontekście zdolności prawnej dziecka poczętego. W: M. Nesterowicz (red.), *Czyny niedozwolone w prawie polskim i prawie porównawczym*. Materiały IV Ogólnopolskiego Zjazdu Cywilistów, Toruń, 24–25 czerwca 2011 r. (s. 163 i n.). Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
Hryniewicz, W. (2001). *Nad przepaściami wiary*. Kraków: Znak.
Ignaczewski, J. (2010). *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
Jan Paweł II (1995). *Evangelium vitae. O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego*. Watykan: Libreria Editrice Vaticana.
Kaczkowski, J. (2020). *Jak umiera ciało człowieka. Ostatnie godziny przed śmiercią*. Pobrano z: https://www.zwrotnikraka.pl/jak-umiera-cialo-czlowieka/ (dostęp: 15.01.2025).
Kolarska, W. (2003). Majmonides i jego modlitwa poranna. *Wiadomości Akademickie*, *1*(9), 13–14.
Kongregacja Nauki Wiary (1980). *Iura et bona*. Watykan: Libreria Editrice Vaticana.
Kongregacja Nauki Wiary (2020). *Samaritanum bonus. O opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia*. Watykan: Libreria Editrice Vaticana.
Krzemiński, Z. (1993). Ojcostwo i alimenty, Warszawa: Wydawnictwo Kamino.
Legocki, A.B. (2020). Hipotezy i dylematy na temat powstania i unikatowości życia. *Nauka*, *3*, 7–16. DOI: 10.24425/nauka.2020.132642
Maciejewski, M. (2013). Teoretyczne aspekty ochrony wolności i praw jednostki. W: A. Bator, M. Jabłoński, M. Maciejewski, & K. Wójtowicz (red.), *Współczesne koncepcje ochrony wolności i praw podstawowych* (s. 9–23). Wrocław: Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa.
Michałowska, K. (2005). Artykuł 446[1] k.c. jako podstawa dochodzenia roszczeń z tytułu szeroko rozumianych szkód prenatalnych

powstałych w wyniku działań medycznych. W: L. Ogiegła, W. Popiołek, & M. Szpunar (red.), *Rozprawy prawnicze. Księga pamiątkowa profesora Maksymiliana Pazdana* (s. 1190). Kraków: Zakamycze.
Morgan, P., & Lawton, C. (red.) (2007). *Problemy etyczne w tradycjach sześciu religii*. Przeł. D. Chabrajska. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
Nesterowicz, M. (1985). Problemy prawne nowych technik sztucznego poczęcia dziecka. *Państwo i Prawo*, *2*, 40.
Paś, A. (2013). O pojęciu bioetyki. Refleksja nad jej genezą i statusem metodologicznym. *Studia Metodologiczne*, *30*, 267–278.
Persson, I., & Savulescu, J. (2012). *Unfit for the Future: The Need for Moral Enhancement*. Oxford: Oxford University Press.
Piątek, Z. (1998). *Etyka środowiskowa. Nowe spojrzenie na miejsce człowieka w przyrodzie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Piechocki, S. (1953). Aspekty prawne sztucznego zapłodnienia i implantacji embrionu. *Nowe Prawo*, *6*, 62–68.
Schooyans, M. (1991). *Aborcja a polityka*. Przeł. K. Deryło. Lublin: Instytut Jana Pawła II KUL.
Sobański, P., & Kmieciak, B. (2020). "When law forgets about dignity": selected historical and modern contexts of sterilisation of people with disabilities. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, *28*, 129–148.
Sobczak, J. (2009). Godność pacjenta. *Medyczna Wokanda*, *1*, 31–47.
Sokołowski, T. (2010). W: H. Dolecki, T. Sokołowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*. Warszawa: C.H. Beck.
Stinissen, W. (2002). *Ja nie umieram – wstępuję w życie. Rozważania o śmierci i wieczności*. Przeł. J. Iwaszkiewicz. Poznań: W drodze.
Stojanowska, W. (2008). Postulowany model procesu o ustalenie ojcostwa jako konsekwencja wprowadzenia do praktyki sądowej dowodu z badań DNA. W: M. Andrzejewski i in. (red.), *Księga jubileuszowa prof. dr. hab. Tadeusza Smyczyńskiego* (s. 317–328). Toruń: Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora".
Strzebinczyk, J. (2010). *Prawo rodzinne*. Kraków: Kantor Wydawniczy Zakamycze.
Walaszek, B. (1969). O niektórych aspektach prawnych *inseminatio artificialis*. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, *1*, 55–76.
Wnuk, M., & Świeżyński, A. (2016). Życie. W: Z.E. Roskal (red.), *Encyklopedia filozofii przyrody* (s. 373–394). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Źródła internetowe

Encyklopedia PWN (b.d.). *Ewolucja organizmów*. Pobrano z: https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/ewolucja-organizmow/;3899377.html (dostęp: 12.01.2025).
Encyklopedia PWN (b.d.). *Narodziny życia*. Pobrano z: https://encyklopedia.pwn.pl/materialy-dodatkowe/Narodziny-zycia;202563.html (dostęp: 12.01.2025).
Encyklopedia PWN (b.d.). *Życie*. Pobrano z: https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/;4003248 (dostęp: 12.01.2025).

Barbara Chyrowicz
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
https://orcid.org/0000-0002-0919-3844
https://doi.org/10.35765/slowniki.516

Bioetyka: przedmiot i metody

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Bioetyka zalicza się do etyk stosowanych (szczegółowych). Jej przedmiotem jest ocena praktycznych zastosowań biomedycyny, w sposób szczególny problemów związanych z biomedycznymi ingerencjami w organizm człowieka.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Początki bioetyki jako odrębnej dziedziny badawczej datuje się na rok 1970. Refleksja natury bioetycznej jest jednak znacznie starsza, sięga czasów Hipokratesa i Claudiusa Galenusa, a jej bezpośrednią poprzedniczką jest etyka medyczna; pierwszy kodeks etyki medycznej powstał w roku 1847. Dalszy rozwój refleksji bioetycznej przebiega proporcjonalnie do nowych osiągnięć w biomedycynie i potrzeby stanowienia prawa.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Ocena ingerencji biomedycznych zależna jest od przyjętej metody uzasadniania słuszności działań i przesłanek antropologicznych. Jeśli bioetykę rozumie się jako rodzaj etyki stosowanej, przyjęte w bioetyce metody będą zasadniczo korespondować z metodami innych etyk stosowanych. Charakterystyczne dla współczesnej bioetyki jest traktowanie jej jako dyskursu – metodą uznania działań za dopuszczalne staje się wówczas osiągnięcie w trakcie dyskusji konsensu.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Przyjmowane założenia mocno polaryzują stanowiska bioetyków w najbardziej kontrowersyjnych kwestiach. Są nadto na tyle fundamentalne, że trudno wyobrazić sobie sytuację, w której bioetycy nagle zaczynają

mówić jednym głosem. Znajomość metod i argumentacji ma jednak niebagatelne znaczenie dla prowadzenia racjonalnej dyskusji.

Słowa kluczowe: bioetyka, etyka stosowana, etyka medyczna, deontologizm, konsekwencjalizm

Definicja pojęcia

Bioetyka nie jest dzisiaj rozumiana jednoznacznie. Część autorów broni jej filozoficznego charakteru, uznając ją za etykę stosowaną (szczegółową), której przedmiotem jest ocena praktycznych zastosowań biomedycyny, w sposób szczególny problemów związanych z biomedycznymi ingerencjami w organizm człowieka. Z metodologicznego punktu widzenia bioetyka w takim ujęciu nie jest niczym więcej, jak tylko standardową teorią etyczną odnoszoną do problemów związanych z praktycznym zastosowaniem osiągnięć współczesnej biomedycyny. Nie zawiera zatem jakichś specjalnych zasad, metod czy reguł, jest „starą etyką" szukającą drogi w nowej, zawiłej sytuacji (Clouser, 1978, s. 116, 124–125; Ślipko, 1994, s. 16). Uznanie bioetyki za etykę stosowaną wymaga przyjęcia określonych założeń filozoficznych, zarówno etycznych, jak i antropologicznych: podstaw teorii etycznej, w ramach której analizowane są kwestie bioetyczne, oraz koncepcji rozumienia ludzkiej istoty (osoby), od której zależy zarówno ocena wartości ludzkiego życia, jak i dopuszczalność ingerowania w psychofizyczną naturę człowieka. Filozoficzny charakter bioetyki nie wyklucza interdyscyplinarnego charakteru prowadzonych w ramach bioetyki badań, ale wskazuje na ich formalny aspekt, a tym jest formułowanie ocen i norm.

Ewidentna interdyscyplinarność – problemy bioetyczne dotykają biologii, medycyny, prawa, psychologii, filozofii, socjologii i teologii – jest powodem, dla którego bioetyka rozumiana jest również jako interdyscyplinarna dziedzina badawcza dotycząca etycznych aspektów praktycznych zastosowań współczesnej biomedycyny (Kuhse & Singer, 1998, s. 3–11). Traktowanie jej jako interdyscyplinarnej dziedziny badawczej (a nie dyscypliny!) nie wiąże się jednak z formułowaniem przez osoby ją uprawiające jednoznacznych norm; bazuje ona bowiem – zdaniem wielu bioetyków – raczej na dyskursie niż na rudymentach określonych teorii etycznych. Dyskurs ten miałby w wielokulturowym, pluralistycznym społeczeństwie podlegać zasadom demokracji, które mają na celu wypracowanie konsensu w silnie spolaryzowanych gremiach, mających wpływ na stanowienie odnoszącego się do kwestii bioetycznych prawa (dotyczącego aborcji, eutanazji, badań z udziałem ludzi etc.). Strategia osiągania

konsensu, przydatna w procesie stanowienia prawa, nie jest etyką.

Bioetyka rozumiana jest też jako kontynuatorka znacznie wcześniejszej od niej etyki medycznej, z zastrzeżeniem jednak, że ma inny od swojej poprzedniczki charakter. Można ją rozumieć wąsko – jako jeszcze jeden obszar moralnej refleksji nad nienotowanym wcześniej na tak wielką skalę postępem w sferze nauki i technologii; można też ujmować ją szerzej, uwzględniając dodatkowo aspekty prawne, kulturowe, polityczne, religijne, ekologiczne, demograficzne i socjologiczne wspomnianego postępu. Różnorodność aspektów stała się powodem wyróżnienia w bioetyce czterech odrębnych, chociaż nawzajem zazębiających się obszarów problemowych: bioetyki teoretycznej, bioetyki klinicznej, bioetyki regulacji i bioetyki kulturowej (Callahan, 2004, s. 279–282). W bioetyce rozumianej jako kontynuacja etyki medycznej akcent pada na zasady, które winny być respektowane w praktyce medycznej (Beauchamp & Childress, 2001). Często nie mają one charakteru aplikacyjnego (odwołującego się do podstaw określonej teorii), lecz formułowane są wprost na użytek praktyki biomedycznej. Istnieje też takie rozumienie bioetyki, które łączy etykę profesji i zawodów związanych z systemami opieki zdrowotnej (np. etyka lekarska, etyka pielęgniarska, etyka farmaceutyczna etc.) z etyką badań naukowych prowadzonych w biomedycynie. O ile etyka zawodowa skoncentrowana jest wokół praktycznych zasad, o tyle etyka badań naukowych ma charakter bardziej spekulatywny, a proponowane w jej ramach rozstrzygnięcia (np. problem dopuszczalności badań na ludzkich komórkach macierzystych) opierają się na przyjętych *implicite* założeniach antropologiczno-etycznych, nawet jeśli te nie są wprost przywołane. Najbardziej „amorficznym" ujęciem jest propozycja, by nie starać się o zdefiniowanie bioetyki (Andre, 2002, s. 69), lecz rozumieć ją jako praktykę pozostawiającą przestrzeń moralną otwartą i stawiającą sobie za cel wypracowanie formalnych narzędzi (języka i sprawności), które okażą się pomocne przy identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów moralnych.

Normatywny charakter ma także teologiczna refleksja nad problemami bioetycznymi. Od refleksji natury filozoficznej różni się zasadniczo przyjmowaniem w punkcie wyjścia doktryny teologicznomoralnej właściwej dla danej religii, opartej na objawieniu i tradycji, czyli na źródłach natury pozaracjonalnej. Ponieważ religijne objawienie ze zrozumiałych

względów nie zawiera w swej treści odniesień do współcześnie dyskutowanych kwestii bioetycznych, teologowie moralni interpretują je, posiłkując się racjami natury filozoficznej, co sprawia, że teologicznomoralne i etyczne rozstrzygnięcia mogą być zgodne co do treści nawet wtedy, gdy są różnie motywowane. Rozstrzygnięcia proponowane przez teologów nie są jednoznaczne, rozchodzą się zarówno w obrębie myśli chrześcijańskiej, jak i judaistycznej (stosownie do trzech głównych gałęzi judaizmu: ortodoksyjnej, konserwatywnej i reformowanej). Jeśli chodzi o inne wyznania, to w literaturze przedmiotu wymieniane są również bioetyki islamska, hinduistyczna i buddyjska, a nawet taoistyczna.

Refleksja bioetyczna była od samego początku ściśle związana z prawem, co jest tym bardziej zrozumiałe, że prawo w krajach anglosaskich budowane jest na bazie precedensów, a to właśnie biomedyczne precedensy stały się początkiem refleksji bioetycznej. Pogłębiona refleksja moralna (tak teologiczna, jak i filozoficzna) bywała czasem wywołana koniecznością wprowadzenia prawa regulującego procedury biomedyczne (transplantacje, eksperymenty medyczne). W społeczeństwach przyjmujących demokratyczny system stanowienia prawa przyjęte ustawy są wynikiem legislacyjnego kompromisu, który pozostaje wprawdzie zależny od przyjmowanej aksjologii, ale mając na względzie filozoficzne spory, trudno przypuszczać, by ominęły one stanowienie prawa. Ponadto z faktu, że określona procedura medyczna jest prawnie dozwolona, nie wynika, że jest dopuszczalna moralnie.

Analiza historyczna pojęcia

Refleksja natury bioetycznej pojawiła się znacznie wcześniej niż bioetyka, sięga bowiem korzeniami czasów Hipokratesa i Claudiusa Galenusa, a jej bezpośrednią poprzedniczką jest etyka medyczna (pierwszy jej kodeks powstał w roku 1847). Zasady przedstawiane na początku XIX w. przez jej pioniera, Thomasa Percivala, dotyczyły głównie obowiązków zawodowych lekarza względem pacjentów, kolegów po fachu i społeczeństwa. Termin „bioetyka" został po raz pierwszy przywołany mniej więcej w tym samym czasie (1970) przez dwóch autorów: amerykańskiego biochemika i onkologa Van Rensselaera Pottera oraz holenderskiego lekarza André E. Hellegersa (związanego z Georgetown

University w Waszyngtonie, założyciela The Kennedy Institute of Ethics). Potter rozumiał bioetykę jako pomost między biologią a etyką, techniką a humanistyką, łącznik między opartą na faktach biologicznych kulturą scjentystyczną a kulturą humanistyczną przyjmującą za podstawę wartości etyczne (Potter, 1971). Hellegers uznał natomiast, że bioetyka jest dyscypliną nową, której celem jest wypracowanie zasad etycznych odnoszących się tak do praktyki medycznej, jak i do zastosowań nauk biologicznych. Ujęcie Hellegersa odpowiada zasadniczo współczesnemu rozumieniu bioetyki (Reich, 1993, s. 6–7), jako że jej rozumienie przez Pottera jest znacznie szersze, obejmuje bowiem również problematykę omawianą dzisiaj w ramach etyki środowiska naturalnego, a także kwestie zobowiązań moralnych człowieka wobec świata zwierząt (angielski termin *animal ethics* wydaje się być skrótem myślowym: zwierzęta powinny być przez człowieka traktowane z należnym im szacunkiem, można zatem mówić o prawach zwierząt i obowiązkach człowieka względem zwierząt, one same nie mają natomiast obowiązków, czyli, ściśle rzecz biorąc, etyki).

W miarę rozwoju nauk biomedycznych w ramach bioetyki wyodrębniono nowe subdyscypliny, jak etykę genu (*Genethics*) i neuroetykę, która obejmuje także kwestie związane z filozofią umysłu i filozofią działania (od roku 2002 neuroetyka traktowana jest jako odrębna etyka stosowana). Charakterystyczne dla początków refleksji bioetycznej było tworzenie ośrodków naukowych poświęconych interdyscyplinarnej współpracy zainteresowanych bioetyką naukowców. W roku 1969 Daniel Callahan (filozof) i Willard Gaylin (lekarz) założyli w pobliżu Nowego Jorku Institute of Society, Ethics and the Life Sciences, znany powszechnie jako Hastings Center, który od 1971 roku wydaje własny periodyk „Hastings Center Report". Hellegers z kolei, przy wsparciu rodziny Kennedych, założył w tym samym roku The Kennedy Center for the Study of Human Reproduction and Development przy Georgetown University w Waszyngtonie. Oba centra funkcjonują do dzisiaj. W Europie centra bioetyczne powstają już od lat 70. minionego wieku, najpierw w Hiszpanii (1976 – Institut Borja de Bioètica), a następnie we Włoszech, Francji (Comité consultatif national d'ethique) i Anglii (Institute of Medical Ethics).

Począwszy od końca lat 60. XX w. historia bioetyki znaczona jest kolejnymi odkryciami i osiągnięciami w zakresie biologii i medycyny, a także orzeczeniami sądów związanymi z wprowadzaniem kontrowersyjnych

moralnie ustaw dotyczących ingerowania w ludzki organizm: w 1967 roku przeszczepiono po raz pierwszy serce, co zmobilizowało naukowców do opracowania nowych kryteriów śmierci (1968), w roku 1978 urodziło się pierwsze dziecko (Louise Brown) poczęte poza organizmem matki, rok 1996 przyniósł informację o pierwszym sklonowaniu ssaka metodą transferu jąder (owca Dolly), a dwa lata później naukowcom udało się uzyskać ludzkie komórki macierzyste. W roku 2000 ogłoszono wstępne odczytanie ludzkiego genomu, a w roku 2012 opracowana została metoda CRISPR/CAS pozwalająca na manipulacje w obrębie ludzkiego genomu. Ostatnie lata to także pierwsze udane próby ksenotransplantacji (przeszczepiono genetycznie zmodyfikowane serce i nerkę świni). Spory etyczne wokół dopuszczalności stosowania kontrowersyjnych ingerencji biomedycznych wiązały się także ze stanowieniem prawa. W roku 1973 wprowadzono po raz pierwszy prawo legalizujące aborcję „na życzenie" (Stany Zjednoczone, sprawa Roe *versus* Wade); w roku 2001 Holandia stała się pierwszym krajem europejskim, w którym „pomoc w umieraniu" (*assisted suicide*) stała się legalna (w kolejnych latach zalegalizowano ją także w Belgii, Luksemburgu, Hiszpanii, Austrii, Szwajcarii, Albanii, Portugalii, Kanadzie, Kolumbii, Nowej Zelandii, Japonii i niektórych stanach Stanów Zjednoczonych, a w 2024 roku także w Wielkiej Brytanii). Od lat 70. XX w. problemy bioetyki związane ze stanowieniem prawa stały się kartą przetargową w sporach natury politycznej (analizy ich korelacji określane są dzisiaj mianem biopolityki).

Podsumowując: od momentu powstania bioetyka jest areną niekończących się sporów o sposób oceniania biomedycznych ingerencji. Kluczowe w tych sporach są dwa powiązane ze sobą elementy: przyjmowane metody uzasadniania słuszności działań oraz przesłanki natury antropologicznej. Ich całościowe omówienie wymaga obszernego wywodu, tutaj ograniczę się do uwag podstawowych.

Ujęcie problemowe pojęcia

We współczesnej filozofii istnieje – obok nurtu antyteoretycznego – wiele teorii etycznych, w ramach których przyjmuje się różne metody uzasadniania słuszności działań, a także wiele teorii antropologicznych

opierających się na różnych koncepcjach wartościowania człowieczeństwa. To zróżnicowanie powoduje problemy związane z jednoznaczną oceną słuszności działań nie tylko w obszarze szeroko rozumianej bioetyki. Jeśli refleksja bioetyczna jest bardziej niż inne subdyscypliny etyki przedmiotem nieustannych, metodologicznych sporów, wynika to w dużej mierze ze znaczenia, jakie dla przyjmowanych ocen i norm ma w tej refleksji przesłanka antropologiczna – najogólniej sposób wartościowania człowieczeństwa. Przedmiotem prowadzonych niżej analiz będą metody uzasadniania, a nie koncepcje antropologiczne, nie sposób jednak o tych drugich nie wspomnieć, ponieważ to one zasadniczo różnicują bioetyczne oceny i normy. Niechęć do wikłania się w spory antropologiczne stała się też powodem próby budowania koncepcji bioetyki programowo rezygnującej z przyjmowania określonych przesłanek antropologicznych lub opierania się na założeniach jednej tylko teorii etycznej (pryncypializm Beauchampa i Childressa). Rezygnacja z przyjmowania jakichkolwiek konkretnych zasad charakterystyczna jest dla wspomnianej już wstępnie bioetyki rozumianej jako dyskurs, która zakłada zgodną współpracę uczestników bioetycznego dyskursu w dochodzeniu do konsensu niezależnie od różnic kulturowych i ideowych (Boyle, 2006, s. 303).

W próbie uporządkowania metod (racjonalnych procedur określających, jakie działanie może być uznane za słuszne) obecnych we współczesnej bioetyce należy uwzględnić zarówno metody właściwe różnym teoriom etycznym (przyjmowanym w modelu bioetyki jako etyki stosowanej), jak i metody uznawane za specyficzne dla bioetyki. Zgodnie z ogólną klasyfikacją teorii etycznych refleksja bioetyczna uprawiana jest w ramach paradygmatów konsekwencjalnego (teleologicznego) lub niekonsekwencjalnego (deontologicznego). Podobnie jak w przypadku ogólnej typologii teorii etycznych, tak i tutaj można wskazać ujęcia, które z uwagi na to, że nie mieszczą się w żadnym z wymienionych paradygmatów, określane są mianem alternatywnych. Konsekwencjalny paradygmat obecny jest w różnego rodzaju teoriach konsekwencjalnych (utylitarystycznych), deontologiczny reprezentowany jest w sposób szczególny przez personalizm i kantyzm, ujęcie alternatywne jest charakterystyczne dla współczesnej etyki cnoty. Ujęcie podmiotowe (oparte na podmiocie) charakterystyczne dla współczesnej etyki cnoty przeciwstawiane jest dzisiaj przedmiotowemu, czyli opartemu na

zasadach, które pozwala wymieniać obok siebie kantyzm, utylitaryzm i kontraktarianizm. Jednoznaczne opowiadanie się autorów za określoną teorią etyczną skłania ich do nazywania przyjmowanych poglądów wprost bioetyką personalistyczną, utylitarystyczną lub pozostającą w nurcie współczesnej etyki cnoty bioetyką troski. Ponieważ formułowane w ramach bioetyki normy mają charakter szczegółowy, istotna dla ich przyjęcia jest nie tylko właściwa dla danej teorii metoda uznawania działań za słuszne (norma moralności), lecz również sposób, w jaki w jej ramach tworzone są szczegółowe normy. Metody bioetyki są zatem wypadkową metod uzasadniania słuszności działań przyjmowanych w teoriach etycznych oraz sposobów formułowania szczegółowych norm moralnych.

I. Metody normatywne

Childress dzieli metody w bioetyce na trzy grupy: oparte na zasadach, kazuistyczne i alternatywne (Childress, 2009, s. 17–45). W ramach tych ostatnich wymienia też metody empiryczne, które w poniższym zestawieniu zostaną potraktowane odrębnie. Proponowany podział metod normatywnych zawierać będzie zatem metody oparte na zasadach, metodę kazuistyczną oraz podejście alternatywne.

Metodami opartymi na zasadach są metoda deduktywistyczna oraz metoda koherencyjna. Metoda deduktywistyczna zakłada istnienie uprzedniej w stosunku do zaistniałego przypadku zasady (reguły, prawa), która jest podstawą formułowania szczegółowych sądów. Zakłada ona przebieg rozumowania wedle sylogizmu:

1. Każdy akt o deskrypcji A jest obligatoryjny.
2. Akt b jest aktem o deskrypcji A.
3. Akt b jest obligatoryjny.

W praktyce efekt takiego rozumowania pozostaje uzależniony od rodzaju przyjmowanych zasad, może mieć zatem wariant konsekwencjalny lub deontologiczny. Pierwszy z wariantów, odpowiednio do podstawowych rodzajów konsekwencjalizmu, może się odnosić do czynów, względnie do reguł. Uszczegółowianie norm dokonywane w ramach metody deduktywistycznej nie polega na tworzeniu nowych norm, lecz na odnoszeniu istniejących, ogólnych norm do szczegółowych (konkretnych)

praktyk. Wildes nazywa metody deduktywistyczne fundacjonalnymi (Wildes, 2000, s. 23–54) i wymienia wśród nich tak różne podejścia, jak utylitaryzm P. Singera, deontologizm A. Donagana, kontraktarianizm P. Veatcha i N. Danielsa, teorię prawa naturalnego J. Finnisa, J. Boyle'a i G. Griseza oraz teorię cnót E.D. Pellegrina i D.C. Thomasmy. Co do tej ostatniej, to Wildes zaznacza, że teorie cnót mogą być zarówno fundacjonalne, jak i niefundacjonalne, uznaje jednak, że Pellegrino i Thomasma przyjmują metodologię fundacjonalną (Wildes, 2000, s. 47).

Opartą na zasadach metodą koherencyjną jest tzw. metoda czterech zasad Beauchampa i Childressa, nazywana częściej pryncypializmem. Jej autorzy, zdając sobie sprawę z różnorodności normatywnych rozstrzygnięć, proponują zasady, których respektowanie może być, ich zdaniem, podstawą uzyskania przez zwolenników spornych stanowisk konsensu. Pryncypializm uznaje istnienie czterech obowiązujących *prima facie* zasad: autonomii, nieszkodzenia, beneficjencji i sprawiedliwości. Zasady te mają w punkcie wyjścia równorzędną rangę, natomiast w sytuacji konfliktu o ewentualnej nadrzędności jednej nad drugą będzie decydował konkretny przypadek. Jakkolwiek zdają się mieć status norm deontologicznych, to „wyważanie norm" przebiega stosownie do „bilansu ciężaru obowiązków *prima facie*" – a więc konsekwencjalnie. Uzasadniony wybór zakłada dobre racje wybierającego, co *implicite* apeluje do jego moralnego charakteru, wskazując na pokrewieństwo z etyką cnót (Beauchamp & Childress, 2001). Koherencyjność metody polega na wykorzystywaniu sposobów praktycznego rozumowania zaczerpniętych z różnych systemów etycznych. Podczas gdy dla metody deduktywistycznej charakterystyczne jest uszczegóławianie reguł, metoda koherencyjna polega na „wyważaniu reguł". Szczegółowy sąd moralny może zatem w konkretnych okolicznościach wykazywać cechy, które zarazem respektują jedne zasady i przeczą drugim (np. odwieczna dyskusja, czy zawsze należy pacjentowi mówić prawdę). Ta zdecydowanie najpopularniejsza dzisiaj metoda bioetyki jest szeroko krytykowana. Współautorzy innego ważnego podręcznika bioetyki (*Bioethics. A Systematic Approach*): K.D. Clouser i B. Gert, zarzucają pryncypializmowi Beauchampa i Childressa nieuchronny relatywizm (Clouser & Gert, 1990, s. 230–232).

Metoda kazuistyczna, nazywana też indukcyjną, zakłada, że w ocenie poszczególnych przypadków nie powinniśmy wychodzić od ogólnych

reguł, lecz koncentrować uwagę na społecznej praktyce i przeprowadzać analizę porównawczą ocenianych kazusów. Przypadki uznane za paradygmatyczne stają się – podobnie jak precedensy w systemie anglosaskiego prawa – wzorem do oceniania kolejnych kazusów, o ile tylko wykazują moralnie relewantne podobieństwo do przypadków modelowych. Metoda kazuistyczna znajduje zastosowanie w różnych formach pragmatyzmu i partykularyzmu. Broniący jej stosowania bioetycy podkreślają, że zważywszy na zmieniające się warunki życia i ewoluujące wraz z nimi przekonania moralne, wychodzenie w moralnym rozumowaniu od sytuacji „tu i teraz" jest zdecydowanie lepszą metodą niż odwoływanie się w punkcie wyjścia do zasad. Zasady – utrzymują – to efekt, a nie punkt wyjścia analiz. Kazuistykę można też uprawiać, nie rezygnując z przyjmowania jakichkolwiek zasad: A.R. Jonsen i S. Toulmin odrzucają wprawdzie apodyktyczne traktowanie zasad, ale uznają ograniczoną i komplementarną rolę moralnych zasad i teorii (Jonsen & Toulmin, 1989, s. 34–35).

Podejścia określane mianem alternatywnych odwołują się do ogólnych założeń teorii etycznych (także antyteoretycznego nurtu w etyce), które podobnie jak one nazywane bywają alternatywnymi z uwagi na to, że przyjmowane w nich sposoby uzasadniania słuszności działania nie mieszczą się bez reszty ani w konsekwencjalnym, ani też niekonsekwencjalnym (deontologicznym) paradygmacie w etyce. Childress wiąże alternatywne podejście z etyką cnót, etyką troski i perspektywą komunitariańską. Mówienie w tym miejscu raczej o „podejściach" niż o metodach jest o tyle zasadne, że na gruncie wymienionych teorii trudno mówić o jednoznacznie wypracowanych metodach. Współcześni etycy cnoty stawiają sobie za cel wypełnienie luki w moralnym rozumowaniu, którą miało spowodować zbytnie koncentrowanie się przedstawionych wyżej metod na przedmiotowym wymiarze działania ze szkodą dla uwzględniania charakteru, motywacji i emocji sprawcy, czyli tego wszystkiego, co „wnosi" do moralnego rozumowania podmiot. Utrzymują, że w ocenie działania charakter działających osób jest znacznie ważniejszy niż przedmiot spełnianych przez nie działań. Pomimo znacznego zróżnicowania autorzy opowiadający się za pierwszeństwem podmiotowego ujęcia zasadniczo zgodnie wymieniają cnoty, na które należy zwrócić szczególną uwagę w refleksji bioetycznej. Listę tych cnót analizuje m.in. E.D. Pellegrino, uznając, że w przypadku zawodu lekarza

będą to wierność pacjentowi i zaufanie, jakim został przezeń obdarzony, życzliwość, zaniechanie własnych korzyści, współczucie i troska, intelektualna uczciwość, sprawiedliwość i roztropność. Pellegrino podkreśla, że samo powoływanie się na cnoty nie wystarcza do zbudowania spójnej teorii etycznej – potrzebny jest jeszcze opis sposobu, w jaki skoncentrowany na praktykowaniu cnót podmiot odnosi się do innych elementów moralnego działania (okoliczności, zasad i konsekwencji). To cnota jednak stanowi tutaj podstawową kategorię wartościującą (Pellegrino, 2008, s. 271–273). Zbliżona do etyki cnót etyka troski bliska jest etyce feministycznej, co sprawia, że niektórzy autorzy wymieniają podejście feministyczne jako osobną metodę bioetyki. Podmiot działania jest w etyce troski – podobnie jak w etyce cnoty – rozumiany relacyjnie, czyli uznaje się jego współzależność od drugich. Jako taki podmiot nie działa nigdy w „abstrakcyjnej próżni". Decyzje podejmowane są zawsze w kontekście, co z kolei upodabnia etykę troski do kazuistyki.

Podejście alternatywne obejmuje też perspektywę komunitariańską. Komunitarianie (jak A. MacIntyre i M. Sandel) nie odrzucają zasad, przyznają natomiast status moralny społeczności i w tej perspektywie interpretują zasady. W ich przekonaniu człowiek jest zawsze członkiem różnych społeczności; to różnorodne „przyporządkowanie", wymagające od niego realizacji różnych celów, może stać się źródłem konfliktów. Komunitariańska bioetyka nie może ignorować faktu tej różnorodności, nie może też traktować człowieka tak, jakby należał do jednej tylko społeczności przyjmującej określone rozwiązania normatywne. Pomimo występujących między nimi różnic nie ma powodów, by *a priori* przyjmować, że cele różnych, odrębnych społeczności nigdy i w żadnej mierze się nie pokrywały. Komunitariańska metoda bioetycznych analiz, a zatem i rozstrzygania bioetycznych problemów, będzie zatem polegała na odnajdowaniu ich „części wspólnej" (Wildes, 2000, s. 125–141).

II. Metody empiryczne w bioetyce

Badania empiryczne nie mają charakteru normatywnego. Na ich podstawie można stwierdzić, że istnieje (bądź nie) społeczna akceptacja do przeprowadzania określonych działań (np. testów genetycznych), z czego nie wynika, że takie testy powinny być przeprowadzone.

Badania empiryczne w etyce medycznej zaczęto prowadzić od lat 80. XX w. W artykule zamieszczonym w pierwszym wydaniu *Methods in Medical Ethics,* J. Sugerman, R. Faden i J. Weinstein twierdzą, że obejmowały one wówczas zaledwie 3% ogółu bioetycznych publikacji (Sugerman, Faden, & Weinstein, 2001, s. 19–28). W drugim wydaniu książki autorzy artykułu w nieco zmienionym składzie (Sugerman, Faden, & Boyce, 2010, s. 21–34) prezentują wyniki badań pokazujące stały wzrost zainteresowania tego rodzaju metodami – w latach 2000–2005 było to już 16%. Metody empiryczne w bioetyce dzielą się na jakościowe i ilościowe. Pierwsze nie opierają się na statystyce, lecz polegają na gromadzeniu i analizie danych pozyskiwanych od indywidualnych pacjentów, względnie rodzin lub organizacji. Źródłem informacji są też instytucje rządowe i zakłady opieki zdrowotnej. Sposobem uzyskiwania danych są testy otwartych pytań, kontrolowane eksperymenty, techniki psychometryczne i wywiady. Gromadzone bazy danych pozwalają na badania porównawcze całych populacji. Dzięki tym badaniom można np. określić, jaki jest stosunek społeczeństwa do nowych technik prokreacyjnych lub jak zmieniło się w ostatnich latach tradycyjne rozumienie macierzyństwa. Prowadząc badania nad moralnymi i społecznymi konsekwencjami przeprowadzania genetycznych testów na obecność choroby Huntingtona, można np. określić, jakie jest nastawienie ludzi do samego przeprowadzania testów i w jakim stopniu uzyskanie informacji o chorobie dziecka wpływa na ewentualne decyzje o przerwaniu ciąży (Siminoff, 2004, s. 746–748). Przy pomocy badań jakościowych próbuje się też wyjaśnić źródła określonych przekonań i nastawień: badacz będzie np. chciał odpowiedzieć na pytanie, dlaczego lekarze opowiadają się za wspomaganym samobójstwem albo zdecydowanie je odrzucają. Empiryczne badania pokazują nadto szereg nierówności w dostępie do praktyk medycznych występujących na tle etnicznym, ekonomicznym czy społecznym (wiek, płeć). Jakkolwiek samo uzyskanie danych nie eliminuje nierówności, to może służyć dostosowywaniu medycznych praktyk do etycznych standardów. Metodą jakościową w bioetyce jest też metoda etnograficzna – wagę tego rodzaju badań zaczęli wskazywać na początku lat 90. XX w. antropolodzy i socjolodzy, którzy zwrócili uwagę, że opisywane w literaturze bioetycznej doświadczenie cierpienia, choroby i śmierci, a także rozumienie funkcjonujących w bioetyce zasad oparte jest na zachodnim modelu myślenia, obcym bądź słabo

czytelnym dla uczestników innych tradycji. Celem badań etnograficznych byłoby zatem: (1) umieszczenie bioetycznych dylematów w społecznym, politycznym, ekonomicznym i ideowym kontekście; (2) wyjaśnienie przekonań i zachowań ludzi, którzy w nim żyją; (3) pokazanie ukrytych założeń; (4) wyjaśnienie różnic między idealnymi normami i rzeczywistą praktyką działania; (5) zidentyfikowanie nierozpoznanych wcześniej fenomenów; (6) wygenerowanie nowych kwestii badawczych (Frader, 2008, s. 21–35).

Metody ilościowe to głównie badania sondażowe. Nie wskazują na słuszne czy niesłuszne postępowanie, ale na to, co ludzie rzeczywiście myślą i jaki jest rzeczywisty obraz wykonywanych praktyk. Ankietowanymi są pacjenci, członkowie rodzin, pracownicy służby zdrowia, a także kapelani szpitalni i wolontariusze. Uzyskane wyniki badań mogą być użyteczne dla kształtowania polityki zdrowotnej i praktyki klinicznej. Bioetycy dowiadują się z nich, jak zmienia się w praktyce podejście lekarzy do kontrowersyjnych praktyk, np. jak często rezygnują oni z leczenia, kierując się subiektywnym przekonaniem o działaniu dla dobra pacjenta; jaka jest w praktyce skala problemu zmuszania lekarza przez pacjentów lub ich rodzin do kontynuowania daremnej terapii; na jakie trudności natrafiają lekarze i placówki służby zdrowia w realizowaniu przyjętych zasad etycznych (np. związanych z kontynuowaniem metod podtrzymywania życia). Badania sondażowe w etyce medycznej wymagają szczególnego rygoru metodologicznego. Przykładowo: badacz prowadzi studia nad wpływem niepewności na podejmowane przez pacjenta decyzje. Opracowuje kwestionariusz, w którym stawia pytania o ogólny dyskomfort pacjentów związany z podejmowaniem decyzji w stanie niepewności oraz o to, czy pacjenci mają poczucie, że prowadzący ich lekarze przedstawiają im problem niepewności w wyważony sposób. Jeśli dodatkowo nie uwzględni specyficznej sytuacji, w jakiej przebiega rozmowa pacjentów z lekarzami, to badania nie wykażą rzeczywistej skali problemu, ponieważ nie będą uwzględniać złożoności medycznego kontekstu (Pearlman & Starks, 2010, s. 233–235).

Metody opisowe dostarczają cennych danych, wyprowadzanie na ich podstawie normatywnych wniosków (np. społeczna akceptacja macierzyństwa zastępczego jest podstawą jego pozytywnej oceny moralnej) jest nieuprawnionym wnioskowaniem z „jest" do „powinien" i stanowi błąd naturalistyczny w wersji socjologicznej.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Konsens jako taki stanowi wartość, nie wszystko jednak może być jego przedmiotem. Dochodzenie do konsensu polega na osiąganiu w jakiejś kwestii zgody co do sądu lub opinii, co w kontekście bioetycznych sporów oznaczałoby zgodę na uznanie za moralnie dopuszczalne/niedopuszczalne określonych procedur medycznych. Zważywszy na to, że przyjmowana metoda i przesłanki natury antropologicznej znacząco różnicują ich ocenę, osiągnięcie konsensu w kontrowersyjnych moralnie kwestiach (takich jak np. aborcja lub eutanazja) jest równoznaczne z przyjęciem kompromisowych rozstrzygnięć, co w kwestiach natury moralnej oznacza rezygnację z przyjmowanych za słuszne przekonań moralnych. Ponieważ przyjęcie określonych przekonań za słuszne wiąże się z uznaniem ich za prawdziwe, to rezygnowanie z nich na rzecz osiągnięcia konsensu (potrzebnego do stanowienia prawa) jest ewidentnym nieporozumieniem. Kompromis w kwestiach moralnych zawsze połączony jest z brakiem pełnej akceptacji dla przyjętych rozstrzygnięć, co sprawia, że wcześniej lub później bywa kwestionowany i odrzucany. Autorzy uznający bioetykę za rodzaj interdyscyplinarnego dyskursu zdecydowanie unikają przyjmowania jednoznacznych stanowisk dostrzegając wartość w kompromisowych rozstrzygnięciach. Uznanie bioetyki za rodzaj społecznego dyskursu odbiera jednak bioetyce jej filozoficzny charakter. W wielokulturowym, pluralistycznym społeczeństwie dyskurs ten z założenia podlega zasadom demokracji, które mają być pomocne w wypracowaniu konsensu. Nawet jeśli w jego stanowieniu zdamy się na doradztwo komitetów bioetycznych, na wypracowane opinie (co do zasady doradcze), to większy bądź mniejszy wpływ będą miały poglądy (zróżnicowane) reprezentowane przez jej członków.

Nikt, kto choć trochę zajmował się bioetyką, nie zaprzeczy, że jest ona swoistym terenem „ścierania się" różnorodnych poglądów i stanowisk. Na pytanie: „co na to bioetyka?", praktycznie nie sposób udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Zależy jaka bioetyka. Jeśli celem bioetycznego dyskursu ma być jedynie prezentacja różnych poglądów, to brak jednoznacznej odpowiedzi będzie czymś jak najbardziej naturalnym; kiedy oczekiwana odpowiedź ma dotyczyć normatywnych rozstrzygnięć, to muszą one z konieczności zakładać przyjęcie określonego

stanowiska. W praktyce oznacza to formułowanie ocen na podstawie konkretnej teorii etycznej i przyjmowanych w jej ramach przesłanek natury antropologicznej. Te z kolei polegają na przyjęciu określonej koncepcji osoby, z której wynika sposób wartościowania ludzkiego życia. Problem w tym, że te przesłanki też cechują się mocnym zróżnicowaniem, a konsekwencją tego są odmienne odpowiedzi na niezwykle istotne dla bioetycznej dyskusji pytania: „jaki jest związek między rozumnością człowieka a jego cielesną naturą?"; „jaki jest sens powoływania się w ocenie biomedycznych interwencji na ich adekwatność względem natury człowieka?": „od którego momentu życia prenatalnego należy chronić ludzkie życie?"; „czy psychofizyczna kondycja człowieka ma znaczenie dla oceny wartości jego życia?". Postawione pytania można ostatecznie sprowadzić do jednego: „czy ludzkie życie stanowi bezwarunkową wartość i jako takie podlega ochronie moralnej i prawnej w całej swej rozciągłości, czy też może być wartością pod pewnymi warunkami?". Postawione pytania korespondują z różnicą między deontologicznym a konsekwencjalnym rozumowaniem.

Deontologizm zasad przyjmuje, że istnieją normy, które są wiążące niezależnie od właściwego dla konsekwencjalizmu bilansu skutków. Przykładem może być personalistyczna interpretacja normy zakazującej odbierania życia ludzkim istotom z uwagi na właściwy im normatywny status niezależnie od psychofizycznej jakości ich życia. W takim ujęciu najsilniej polaryzujące dyskusję bioetyczną kwestie, takie jak aborcja, eutanazja i wszelkie rodzaje eksperymentowania na ludzkich zarodkach, oceniane są zdecydowanie negatywnie. W konsekwencjalnej (utylitarystycznej) bioetyce odwołanie do jakości życia stanowi podstawę do uznania ich za dopuszczalne. Programowa rezygnacja przez Beauchampa i Childressa z przyjmowania antropologicznych przesłanek w nadziei uzyskania konsensu co do podstawowych zasad kuleje tam, gdzie normatywne rozstrzygnięcie pozostaje ściśle związane z wartościowaniem życia, np. we wspomnianej wyżej ocenie eutanazji lub aborcji. Autorzy mają rację, że w analizach szeregu charakterystycznych dla bioetycznej dyskusji kwestii nie trzeba się wprost odwoływać do koncepcji osoby, np. w analizie metod dystrybucji środków leczniczych. Silna polaryzacja nie dotyczy wszystkich problemów dyskutowanych w bioetyce, pojawia się tam, gdzie decydujące dla przyjmowanych ocen są przesłanki antropologiczne.

Trudno wyobrazić sobie, by bioetycy oceniający biomedyczne ingerencje mówili jednym głosem; spory są prostą konsekwencją przyjmowanych założeń, a te różnicują przekonania filozofów niezależnie od reprezentowanej przez nich dyscypliny filozoficznej. Spory moralne mocno angażują ich uczestników i niepodobna łatwo się od nich zdystansować; kiedy nadto odnoszą się do kwestii wymagających uregulowania prawnego, to stają się problemami społecznymi. Znajomość racji stojących za polaryzacją poglądów nie eliminuje problemów, ale pozwala zrozumieć adwersarzy, co wpływa na racjonalność prowadzonych debat. Bez wątpienia najważniejszą kwestią w bioetycznych dyskusjach pozostaje jednak wartość ludzkiego życia.

Bibliografia

Andre, J. (2002). *Bioethics as practice*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (1996). *Zasady etyki medycznej*. Przeł. W. Jacórzyński. Warszawa: Książka i Wiedza.

Boyle, J. (2006). The Bioethics of Global Biomedicine: A Natural Law Reflection. W: H.T. Engelhardt (red.), *Global Bioethics. The Collapse of Consensus* (s. 300–334). Salem: M & M Scrivener Press.

Cahill, L.S. (2010). Religion and Theology. W: J. Sugerman, & D. Sulmasy (red.), *Methods in Medical Ethics* (s. 73–90). Washington: Georgetown University Press.

Callahan, D. (2004). Bioethics. W: S.G. Post (red.), *Encyclopedia of Bioethics*, vol. 1 (s. 278–287). New York: MacMillan Reference.

Clouser, K.D. (1978). Bioethics. W: W. Reich (red.), *Encyclopedia of Bioethics*, vol. 1 (s. 116–125). New York: The Free Press.

Clouser, K.D., & Gert, B. (1990). A Critique of Principlism. *Journal of Medicine and Philosophy*, *15*(2), 219–236.

Frader, J. (2008). The Significance of Empirical Bioethics for Medical Practice: A Physician's Perspective. W: L. Jacoby, & L.A. Siminoff (red.), *Empirical Methods for Bioethics: A Primer* (s. 21–35). Oxford: Elsevier.

Jonsen, A.R., & Toulmin, S. (1989). *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*. Berkeley–Los Angeles–London: University of California Press.

Kuhse, H, & Singer, P. (1998). What is Bioethics? A Historical Introduction. W: H. Kuhse & P. Singer (red.), *A Companion to Bioethics* (s. 3–11). Oxford: Blackwell Publishers.

Pellegrino, E.D. (2008). Toward a Virtue-Based Normative Ethics for Health Professions. W: H.T. Engelhardt, & F. Jotterand (red.), *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader* (s. 255–280). Notre Dame: University of Notre Dame Press.

Potter, Van R. (1971). *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Reich, W. (1993). How Bioethics Got Its Name*. Hastings Center Report*, *23*(6), S6-S7 (Special Supplement).

Sugerman, J., Faden, R., & Boyce, A. (2010). A Quarter Century of Empirical Research in Biomedical Ethics. W: J. Sugerman & D. Sulmasy (red.), *Methods in Medical Ethics* (s. 21–34). Washington: Georgetown University Press.

Ślipko, T. (1994). *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*. Kraków: Wydawnictwo WAM.

Wildes, K.W. (2000). *Moral Acquaintances. Methodology in Bioethics.* Notre Dame: University of Notre Dame Press.

Danuta Ślęczek-Czakon
Uniwersytet Śląski w Katowicach
https://orcid.org/0000-0001-6231-3449
https://doi.org/10.35765/slowniki.541

Życie

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: „Życie" w dziedzinie nauk biologicznych to termin opisujący cechy organizmu (systemu) żywego lub pewnego zjawiska; w naukach humanistycznych, społecznych i w rozważaniach teologicznych (także w bioetyce) życie, szczególnie życie ludzkie, rozpatrywane jest w kontekście wartościującym i stanowi podstawę do wyznaczania moralnych zasad działalności ludzkiej w warunkach szybkiego rozwoju naukowego i technicznego, jaki odnotowuje się od lat 70. XX wieku.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Próby zrozumienia życia podejmowane były już przez starożytnych filozofów. W rozwijających się w nowożytności naukach przyrodniczych życie to zjawisko o charakterze fizycznym, chemicznym i biologicznym, manifestujące się w postaci organizmów (systemów) żywych. Także w naukach humanistycznych i społecznych jest to jedna z kategorii podstawowych, stosowana często bez objaśnienia, służąca do wyjaśnienia innych zjawisk, oznaczająca to, co cenne, godne wyboru/pożądania, co ma szczególne znaczenie dla istnienia oraz rozwoju jednostek i grup społecznych.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Sposób wartościowania życia ludzkiego ujawnia się w stanowiskach wobec świętości i jakości życia człowieka. Stanowiska te są opozycyjne, ale pojawiły się także próby ich uzgodnienia. Nikt nie kwestionuje poglądu, że ludzkie życie ma wartość, przedmiotem sporów jest to, jakiego życia to dotyczy i ze względu na jakie cechy ma ono ową godność, a ponadto czy jest ona stała czy też względna.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Spór wokół wartości życia ludzkiego ukazuje, że potrzebne jest poszukiwanie takiego sposobu uprawiania bioetyki, by jej (bez wątpienia ważny) wymiar teoretyczny był zbieżny z bioetyką pojmowaną jako dyskurs społeczny prowadzący do konsensusu częściowego w najważniejszych kwestiach etycznych generowanych przez współczesną cywilizację.

Słowa kluczowe: bioetyka, definicje życia, wartość życia, świętość życia człowieka, jakość życia człowieka

Definicja pojęcia

Pojęcia życia nie można ująć w postaci powszechnie przyjętych, jednoznacznych, prostych definicji. Potocznie życie kojarzy się ze światem organicznym, przyrodą i zasadami leżącymi u jej podłoża, organizmami i ich funkcjami (wzrostem, odżywianiem, rozmnażaniem). Ponadto życie ludzkie jawi się jako coś cennego, wyjątkowego, niesprowadzalnego do poziomu tylko biologicznego (choć trudno negować to, że jesteśmy także częścią przyrody, organizmem).

W naukach biologicznych życie definiuje się, wskazując cechy swoiste materii żywej lub żywych organizmów (systemów) dla odróżnienia ich od tworów nieżywych. Powiada się zatem, że żywy organizm to hierarchiczny porządek systemów otwartych, który utrzymuje się sam przez się poprzez wymianę swoich składników dzięki właściwym mu warunkom systemowym, zaś żywy system to system, który rozmnaża się, podlega mutacjom oraz reprodukuje owe mutacje albo który spełnia następujące warunki biochemiczne: zdolność do syntezy, zdolność do samoregulacji, zdolność do przystosowania genetycznego.

Wszystkie te próby definiowania życia okazują się za szerokie (skoro można wskazać przykłady systemów spełniających podane kryteria, które trudno uznać za żywe, jak kryształy czy układy cybernetyczne) lub zbyt wąskie (dotyczą one bowiem tylko organizmów ziemskich, a nie wszelkich możliwych systemów żywych być może istniejących w kosmosie czy opartych na mechanizmach sterowania i przetwarzania informacji). Słowo „życie" ma w tych naukach aspekt opisowy (deskryptywny, neutralny aksjologicznie), zatem stwierdzenie, że „X jest żywe" nie oznacza, że przysługuje mu szczególna wartość. Termin ten używany jest w celu opisania pewnego zjawiska, a wybór tej czy innej definicji życia zależy od celów badawczych (inaczej zdefiniują życie genetyk, biochemik i biolog molekularny).

W wielu innych naukach (humanistycznych, medycznych, społecznych, teologicznych) pojęcie życia ma wymiar aksjologiczny – życie nie jest tylko faktem biologicznym, lecz istnieniem, któremu przypisujemy wartość, wobec którego przyjmujemy postawę afirmującą, gdyż ujmuje się je jako cenny dar lub dobro, źródło innych wartości, dodatnich przeżyć, rozwoju i doskonałości, lub negującą, gdy jawi się ono jako brzemię, pasmo cierpienia, trudu, pozbawione celu i sensu. Dostrzega się

przeto wielowymiarowość ludzkiego życia, jako że ma ono wymiar biologiczny, psychiczny, społeczny, kulturowy, duchowy, dla wielu ludzi także religijno-eschatologiczny.

Analiza historyczna pojęcia

Próby zrozumienia istoty życia podejmowano od dawna, czego widocznym przejawem są rozważania filozoficzne ontologiczno-metafizyczne (m.in. te o naturze i strukturze bytu, istocie a istnieniu, rodzajach bytu) i antropologiczne (o istocie/naturze człowieka, miejscu człowieka w świecie, sensie i celu życia ludzkiego). Już na podstawie tego ogólnego wyliczenia filozoficznych problemów badawczych można się domyślić, że filozofowie podejmowali kwestie związane z życiem ludzkim w skali jednostkowej, gatunkowej, ogólnoludzkiej, w relacji z innymi istotami żywymi i przyrodą nieożywioną. Już w filozofii greckiej wypracowano wiele kategorii, które są stosowane współcześnie, jak *physis* (przyroda), *kosmos* (świat), *logos* (rozum), *psyche* (psychika, dusza), *bios* (życie), choć na terenie nauk szczegółowych nabrały swoistego znaczenia lub są rdzeniem słownictwa naukowego (przykładem choćby termin „bioetyka" wywodzony z dwóch greckich słów – *bios* i *ethos*). Wówczas i później wypracowano różne ujęcia życia (materialistyczne, witalistyczne, hylemorficzne, mechanistyczne, redukcjonistyczne). Nie można także pominąć znaczenia wielkich religii, które wskazują podobny katalog wartości i ogólnych norm regulujących postawy ich wyznawców wobec życia i śmierci (ludzi, ale także innych istot żywych).

Istotny jest też rosnący wpływ nauk przyrodniczych na pojmowanie życia jako zjawiska o charakterze fizycznym, chemicznym i biologicznym. Choć zaliczana do nich biologia jest nauką o życiu, to nie dostarcza ona powszechnie akceptowalnej definicji tego pojęcia. Życie jest w niej traktowane jako stan materii nazywanej organizmem (systemem żywym) i jako zjawisko ciągłe, nieodwracalne, zachodzące dzięki dynamicznej równowadze ze środowiskiem fizycznym na Ziemi. Biologowie częściej (i różnie) definiują organizmy żywe, niż wskazują cechy życia w ogóle. W każdej definicji wyliczają cechy istotne, jak: metabolizm, homeostaza, wzrost, rozmnażanie, zdolność do syntezy, samoregulacji i przystosowania genetycznego, budowa komórkowa, spierają

się jednak, czy muszą one wystąpić łącznie, czy wystarczy tylko kilka z nich (np. zdolność do syntezy, zdolność do samoregulacji, zdolność do przystosowania genetycznego), a także czy to, co żywe, należy ujmować jako proces metaboliczny, układ termodynamiczny lub zdolność do autoreplikacji i ewolucji. Choć zatem we współczesnej biologii niewielu zaprzecza, że życie to tyle, co żywy organizm, to nie ma zgodności co do charakterystyki żywego organizmu. Przykładem niech będzie definicja, która głosi, że „X jest żywe, jeśli zdolne jest do przechowywania oraz replikacji informacji, a także kontroli najbliższego otoczenia" (Szawarski, 1987 s. 53). Formuła ta jest za szeroka, bo obejmuje niektóre substancje mikrokrystaliczne i układy cybernetyczne. Synteza wirusa może być przykładem systemu, co do którego nie ma pewności, czy jest on organiczny czy nieorganiczny, skoro nie ma budowy komórkowej, nie jest zdolny do metabolizmu, zawiera jednak materiał genetyczny DNA lub RNA; nie ma też zdolności autoreplikacji, ale po wniknięciu do komórki rozmnaża się, wykorzystując jej aparat replikacji, znajduje się tedy „na granicy życia". Właściwie każda dziedzina nauk biologicznych dysponuje własną definicją życia – inaczej określają je genetycy, inaczej biochemicy czy biologowie zajmujący się genezą życia na Ziemi lub możliwością istnienia życia w przestrzeni międzygwiezdnej.

W ujęciu życia jako zjawiska istniejącego na Ziemi od ok. 3,8–3,9 mld lat przyjmuje się, że zanim powstały pierwsze organizmy komórkowe, w pierwotnej atmosferze Ziemi przebiegały procesy geofizyczne i chemiczne prowadzące do pojawienia się aminokwasów i nukleotydów będących tworzywem białek i kwasów nukleinowych, a dopiero z tego „molekularnego chaosu" powstały pierwsze organizmy (komórki) podlegające ewolucji (Dyson, 1993, s. 30–31). Ewolucję charakteryzuje rozwój polegający na opanowaniu nowych środowisk, komplikacji oraz wzroście informacji i organizacji, a także na zwiększaniu się liczby gatunków i ogólnej masy żywych organizmów. Uniwersalność ich kodu genetycznego sugeruje, że istniał wspólny przodek wszystkich żywych istot na Ziemi, ale kiedy (i jak) to się stało, wciąż pozostaje przedmiotem wielu teorii i hipotez, które nie uzyskały potwierdzenia (do bardziej znanych zalicza się A.I. Oparina, M. Eigena, A.G. Cairnsa-Smitha). F. Dyson wiąże pytanie o początek życia z pytaniem o to, czy jest ono dwoma (być może niezależnymi) procesami: metabolizmem i replikacją. Życie na Ziemi powstało albo raz (gdy pojawiły się istoty wyposażone w metabolizm i zdolność do

replikacji), albo dwa razy (pierwsze istoty białkowe istniały niezależnie, rosnąc, odżywiając się, a potem powstały istoty zbudowane z kwasów nukleinowych, które żyły kosztem istot białkowych, wykorzystywały produkty ich metabolizmu do własnej replikacji, aż nastąpiło połączenie metabolizmu z replikacją). Hipoteza dwukrotnego początku życia (oparta na matematycznym modelu), którą Dyson głosi na podstawie ogólnych poglądów filozoficznych (Dyson, 1993, s. 16–18), odnosi się krytycznie do teorii samolubnego genu R. Dawkinsa (i memu jako kulturowego odpowiednika genu), bo gatunek *Homo sapiens* dzięki wytworzeniu kultury obalił „tyranię genów" (wzorce zachowania w dużej mierze są wyznaczone kulturowo, a nie genetycznie, np. nie pozwalamy umierać dzieciom chorym na hemofilię, a dzięki zdolności przewidywania możemy wyzwolić się spod panowania memów). Zdaniem Dysona życie nie poddaje się uproszczeniom na poziomie komórek, ekosystemów ani społeczeństw ludzkich. Jest „muzyką kontrapunktów" – jednym głosem jest replikacja narzucająca swoje cele całej sieci, drugim homeostaza maksymalizująca różnorodność struktury i elastyczność funkcji organizmów. „Śmieciowe DNA", będące częścią komórkowego dziedzictwa, ma być przykładem jeszcze jednej cechy życia – niestaranności wpisanej w każdą jego formę. W kulturze odpowiednikiem śmieciowego DNA jest śmieciowa kultura, odpadki cywilizacji w postaci reklam, astrologii czy propagandy politycznej. Dyson twierdzi nawet, że „tolerowanie śmieci" jest jedną z najistotniejszych cech życia – systemy o największej zdolności przeżycia (w każdej sferze życia – także tej kulturowej, ekonomicznej, ekologicznej) nie są precyzyjnie zestrojone, dlatego mogą unieść ten duży bagaż śmieci.

Tak przedstawicieli nauk przyrodniczych, jak i filozofów oraz teologów zajmuje kwestia, czy życie powstało w specyficznych warunkach geo- i fizykochemicznych z materii nieożywionej (jak twierdzą zwolennicy abiogenezy nazywanej niekiedy teorią samorództwa), czy zostało przyniesione z kosmosu wraz z meteorytami lub przez inną cywilizację (teoria panspermii), czy też jest dziełem Stworzyciela/Boga – jak utrzymują kreacjoniści. Kwestia powstania życia na Ziemi i jego wyjątkowości w kosmosie (istnieje wiele galaktyk i planet, na których prawdopodobnie mogły/mogą pojawić się jakieś formy życia podobne do tych na Ziemi) jest przedmiotem wielu teorii i hipotez.

W naukach humanistycznych i społecznych życie jako jedna z podstawowych kategorii nie jest definiowane. Uznawane jest ono jednak

za wartość, za to, co cenne, godne wyboru/pożądania, co ma szczególne znaczenie dla istnienia i rozwoju jednostek i grup społecznych i co jest źródłem norm moralnych wskazujących powinności wobec istot żywych (ludzi, zwierząt, roślin, nawet całej biosfery). To, czy jest to wartość fundamentalna i samoistna, czy też jedna z wielu wartości o znaczeniu szczególnym i w jaki sposób istnieje (obiektywnie, subiektywnie, jest niezmienna czy zmienna, autoteliczna czy instrumentalna), uzależnione jest od obranego stanowiska aksjologicznego. Powszechny jest pogląd, że życie ludzkie stanowi wartość fundamentalną, podstawę dla innych wartości, świadczy o tym norma „nie zabijaj", afirmująca życie. W kulturach zorientowanych antropocentrycznie (często pod wpływem religii, np. chrześcijaństwa) jest ona odnoszona do życia ludzkiego, w kulturach o tendencji biocentrycznej (np. hinduizm) do wszelkich istot żywych. Inną sprawą jest to, czy norma ta (obejmująca tylko ludzi) jest uznawana za zakaz niedopuszczający wyjątków, czy też się je przyjmuje (samobójstwo, obrona konieczna, wojna, eutanazja, przerywanie ciąży, kara śmierci) (Ossowska, 1970, s. 35–48).

Podczas gdy w latach 70. XX wieku w Stanach Zjednoczonych powstała bioetyka jako nowa dyscyplina podejmująca zagadnienia generowane przez postęp naukowo-techniczny w medycynie i zastosowaniu osiągnięć nauk biomedycznych i technicznych w leczeniu, technologiach przetwórczych i wytwórczych (Bołoz, 2007, s. 19–20; Szewczyk, 2009a, s. 36–40), to wcześniej w dociekaniach filozoficznych i etycznych rozważane były problem życia i śmierci, istoty człowieczeństwa, samobójstwa, eutanazji. Bioetyka powstała jednak w reakcji na praktyczną potrzebę znalezienia zasad i norm określających granice moralnej dopuszczalności ingerowania człowieka w naturalne procesy biologiczne. Jako przyczyny wymienia się istotne zmiany naukowo-techniczne i społeczno-polityczne (Szewczyk 2009a, s. 38–42), jakie nastąpiły po II wojnie światowej w medycynie i środowisku społeczno-politycznym Zachodu. W ich następstwie pojawiły się problemy nieznane tradycyjnej medycynie i etyce medycznej, wymagające „wiedzy i umiejętności wykraczających poza kompetencje medyczne i indywidualne wyczucie moralne lekarzy" (Różyńska & Łuków, 2013, s. 15).

Uznaje się, że bioetyce właściwe jest interdyscyplinarne podejście do problemów generowanych przez współczesną cywilizację, uwzględniające aspekty etyczne (bioetyka to przecież etyka życia), i aspekty

medyczne, kulturowe, antropologiczne, religijne, polityczne, socjologiczne, psychologiczne, prawne, ekologiczne. Debatuje się i o tym, czy bioetyka jest odrębną nauką, interdyscyplinarnym dyskursem czy kontynuacją etyki medycznej, czy jest ona „dwoista", bo stanowi dyscyplinę akademicką, miejsce sporów światopoglądowych i metodologicznych przedstawicieli różnych dyscyplin, dążących do wypracowania sposobu rozstrzygania dylematów moralnych pojawiających się we współczesnej medycynie, systemach opieki zdrowotnej czy nawet współczesnej cywilizacji technicznej, a zarazem jest społecznym dyskursem (organizowanym, inicjowanym przez rząd, parlament czy powołane do tego ciała kolegialne, czasem przez media), w którym biorą udział eksperci różnych dziedzin, politycy, obywatele, by szukać choćby częściowego konsensusu w kwestiach nurtujących społeczeństwa (Szewczyk, 2009a, s. 43–54). Zwykle uznaje się jednak, że bioetyka jest dyscypliną, w której problemy życia (na planecie, w środowisku naturalnym), zwłaszcza zaś życia i zdrowia ludzi w skali społecznej i jednostkowej, są rozpatrywane wieloaspektowo, z zastosowaniem wiedzy z różnych nauk przyrodniczych, humanistycznych, społecznych. To rodzi nadzieję na pełniejsze zrozumienie fenomenu życia w różnych jego postaciach, a zarazem utrudnia proste, jednoznaczne ujęcie istoty życia i wyznaczenie zamkniętego zbioru zaleceń (moralnych, prawnych), które skutecznie będą chronić i promować życie ludzkie i życie na planecie.

Ujęcie problemowe pojęcia

W zależności od pojmowania zakresu bioetyki: szerokiego, wedle propozycji Van Rensselaera Pottera, który łączył zagadnienia etyki środowiskowej z etyką badań naukowych i etyką medyczną (bioetyka miała zapewnić gatunkowi ludzkiemu biologiczne i kulturowe przetrwanie, polepszenie jakości życia), bądź wąskiego, wedle propozycji André Hellegersa (bioetyka miała wypracować zasady etyczne dla praktyki medycznej i zastosowania nauk biologicznych), inaczej będzie ustalona lista problemów i zakres pojęcia życia. Współcześni bioetycy

> ograniczają zasadniczo zakres problematyki bioetycznej do świata ludzi, etykę środowiska naturalnego traktują jako odrębną, aczkolwiek bliską bioetyce

dziedzinę etyki stosowanej, osobno też omawiają problemy moralnych zobowiązań człowieka względem świata zwierząt (Chyrowicz, 2014, s. 1–2).

Etyka środowiskowa (ekologiczna) powstała podobnie jak bioetyka – w latach 70. XX wieku. Postuluje objęciem ochroną moralną nie tylko reprezentantów gatunku ludzkiego, ale również innych istot żywych – zwierząt i roślin, całych ekosystemów (Piątek, 1998; Ganowicz-Bączyk, 2009). Dobrem najwyższym jest ochrona życia, wszystkiego, co żyje, z uwagi na: dobro/interesy gatunku ludzkiego (antropocentryzm), szacunek dla życia w różnych postaciach (biocentryzm), troskę o dobro całej biosfery (holizm, ekocentryzm) lub współodczuwanie i solidarność w cierpieniu z innymi istotami żywymi (patocentryzm, etyka ochrony zwierząt). Wyróżnione w taki sposób stanowiska etyki środowiskowej mają swoje wersje (radykalne lub umiarkowane), stąd też najważniejsze założenia można ująć w postaci ogólnej.

Antropocentryczna etyka środowiskowa (gr. *anthropos* – człowiek, łac. *centrum* – środek) jest najmocniej związana z etyką tradycyjną. Stanowisko to głosi, że tylko człowiek posiada takie właściwości (jak np. wolność, odpowiedzialność, rozumność), które warunkują jego status moralny, wobec tego tylko życie ludzkie ma wartość samoistną, wewnętrzną. Etyka ta ma na względzie przede wszystkim interesy ludzi (jako gatunku i jednostek, grup, teraz istniejących i przyszłych pokoleń). Dobru i pomyślności człowieka podporządkowuje się dobro i przetrwanie środowiska oraz współtworzących je organizmów żywych. Za antropocentryczną odmianą etyki środowiskowej opowiadają się m.in. L. Ferry, J. Passmore, A. Baier, B. Norton, D. Birnbacher, W.F. Baxter i przedstawiciele nurtu chrześcijańskiego (w Polsce np. ks. T. Ślipko SJ).

Etyka biocentryczna (gr. *bios* – życie) głosi, że każde życie ma immanentną wartość, zasługuje na szacunek i ochronę. Opowiada się ona zatem za prawem do życia wszystkich istot żywych, za wartość fundamentalną uznając samą zdolność do życia indywidualnych istot żywych w ich naturalnych ekosystemach. Do jej zwolenników zalicza się: A. Schweitzera, P.W. Taylora, w Polsce Z. Piątek.

Etyka holistyczna (gr. *hólos* – cały), zwana też ekocentryczną, opowiada się za maksymalnym rozszerzeniem granic zbioru przedmiotów posiadających znaczenie moralne, by znajdowały się w nich wszelkie formy życia i środowisko nieożywione. Cała biosfera uznana jest więc

za dobro i przedmiot zobowiązań człowieka, który powinien dbać o stabilność, integralność (a nawet piękno) całej biosfery albo konkretnego ekosystemu (np. lasu), ale w kontekście stabilności biosfery, która jest organiczną całością wielu ekosystemów. Wśród przedstawicieli wymienia się: A. Leopolda, J.B. Callicotta, J. Lovelocka i H. Skolimowskiego oraz twórców ekologii głębokiej – A. Naessa i G. Sessionsa.

Etyka patocentryczna (gr. *páthos* – cierpienie) głosi, że złem jest cierpienie i zadawanie cierpienia. Zwierzęta (nie wszystkie, tylko te, u których rozwinął się centralny system nerwowy) mają swoje interesy, potrzeby i już to jest źródłem ich praw (np. do życia, do wolności, do tego, by nie były traktowane okrutnie). Stanowisko to nie zgadza się z tezą, że życie zwierząt ma tylko wartość instrumentalną. Jest to etyka Ruchu Wyzwolenia Zwierząt odwołującego się do kryterium odczuwania bólu/przyjemności jako istotnego moralnie. Do czołowych przedstawicieli zalicza się: P. Singera, T. Regana, R.D. Rydera, J. Feinberga.

Brytyjski bioetyk B. Mepham nawiązujący do zasadniczych kierunków w etyce środowiskowej (antropocentryzmu, biocentryzmu, ekocentryzmu, patocentrycznej etyki ochrony zwierząt) przypisuje środowisku naturalnemu (i jego składnikom biotycznym i abiotycznym) zarówno wartość instrumentalną (przydatność), jak i wewnętrzną (samą w sobie, nieredukowalną do względów pragmatycznych). Za T. Engelhardtem uznaje, że istnieją różne sposoby szacowania życia, a wszystkie ogólne podejścia do jego poszanowania „stają się kompromisem między konkurencyjnymi wizjami moralnymi": wszelkie redukcjonistyczne rozumienie życia (tylko w kategoriach fizycznych, biochemicznych, genetycznych) jest podatne na zniekształcenia, ogranicza rozumienie życia i ochronę ludzkiej godności (Mepham, 2005, s. 392–293). Choć Mepham nie podaje jednoznacznych rozstrzygnięć, to wskazuje drogi namysłu etycznego (macierz etyczna), które mają pomóc w podejmowaniu odpowiedzialnych decyzji etycznych w procesie nauczania, prowadzenia badań i zastosowania osiągnięć nauk biologicznych w różnych obszarach działalności (medycyna, rolnictwo, polityka).

Z takim szerokim ujęciem bioetyki zestawia się ujęcie wąskie (zwane niekiedy standardowym, odmiennym od ekologicznego, Szewczyk, 2009a, s. 36), obejmujące etykę zawodów związanych z systemem opieki zdrowotnej i etykę badań naukowych w biomedycynie, nazywane niekiedy bioetyką regulatywną, bo nastawioną na tworzenie regulacji etycznych.

Wąskie, ale bardziej czytelne dla ludzi niezajmujących się profesjonalnie bioetyką (bo wiążące problematykę bioetyczną z fazami życia ludzkiego), jest ujęcie T. Ślipki, który bioetykę uznawał za dział

> filozoficznej etyki szczegółowej, która ma ustalić oceny i normy (reguły) moralne ważne w dziedzinie działań (aktów) ludzkich polegających na ingerencji w granicznych sytuacjach związanych z zapoczątkowaniem życia, jego trwaniem i śmiercią (Ślipko, 1988, s. 16).

W takim ujęciu do głównych kwestii bioetyki zalicza się problemy:

- biogenezy (dotyczące początków życia, jak np. zastosowania współczesnej genetyki i embriologii, inżynieria genetyczna i jej zastosowania, eugenika, terapia genowa, diagnostyka prenatalna, prokreacja medycznie wspomagana, aborcja),
- bioterapii (eksperymenty medyczne na człowieku, psychochirurgia, psychofarmakologia, transplantacje, interwencje chirurgiczne, relacje między lekarzem i pacjentem) oraz
- tanatologii (dotyczące umierania i śmierci, m.in. ocena działań analgetycznych, obowiązki wobec cierpiących i umierających, eutanazja, samobójstwo, stosowanie kary śmierci).

W rozważaniach bioetyków poszukujących uzasadnienia dla norm moralnych wyznaczających granice ingerencji w życie ludzkie odnajdujemy wiele teorii etycznych (wśród nich etykę deontologiczną, konsekwencjalizm, etykę cnót), założeń antropologicznych (dotyczących pojmowania człowieka, kryteriów człowieczeństwa, natury ludzkiej, osoby, z pytaniem, czy każdy człowiek jest osobą niezależnie od poziomu życia biologicznego, psychiczno-duchowego, czy zatem także zygota jest osobą, podobnie jak urodzone dziecko, dorosły człowiek, oraz pytaniem innym: czy człowiek jest osobą dopiero jako istota myśląca, świadoma, posiadająca poczucie tożsamości, zdolna do dokonywania wyborów moralnych, mająca zatem cechy/zdolności pojawiające się dopiero po urodzeniu w miarę rozwoju fizycznego, psychicznego i uczestniczenia w życiu społecznym i kulturze), pojmowania dobra, dobrego życia, godności, człowieczeństwa.

Bioetyka jest terenem konfrontacji dwóch orientacji filozoficzno-etycznych: absolutyzmu etycznego reprezentowanego przez etykę chrześcijańską oraz relatywizmu etycznego mającego swe odbicie w utylitaryzmie i etyce sytuacyjnej (Ślipko, 1988, s. 405–414). Z racji odmiennych

założeń filozoficznych wyróżnia się bioetykę chrześcijańską i świecką (Aramini, 2011, s. 21–47), natomiast różnice w pojmowaniu wartości życia ludzkiego uzasadniają dwie różne etyki: świętości i jakości życia (pierwsza odwołuje się do świętości lub niezbywalnej godności ludzkiej, druga do jakości życia) (Biesaga, 2003, s. 169).

Życie ludzkie należy do wartości szczególnie cenionych. Przeświadczenie, że jest ono święte (czasem uznawane za wartość najwyższą), podziela wielu ludzi. Norma zabraniająca zabijania, pomimo wojen oraz agresji godzącej w zdrowie i życie, jest uznawana za kategoryczną i bezwarunkową. Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat słuszność tego przekonania jest kwestionowana m.in. przez bioetyków i lekarzy (np. gdy w sytuacji zagrożenia życia dwóch osób możemy uratować tylko jedną, a w sytuacji deficytu środków medycznych koniecznych do ratowania życia i ochrony zdrowia konieczne staje się przyjęcie pozamedycznych kryteriów przydziału), a także pacjentów (gdy udręczeni chorobą nie chcą żyć w cierpieniu i domagają się eutanazji lub pomocy w samobójstwie). Trudności z utrzymaniem tezy o jednakowej wartości życia ludzkiego związane są z zastosowaniem techniki w medycynie, rozwojem nowych metod terapii, wzrostem długości życia i oczekiwaniem, że będzie ono miało satysfakcjonującą jakość (poziom biologiczny, psychiczny, społeczny).

Tradycyjna, silnie związana z przekonaniami religijnymi etyka świętości życia głosi, że tylko życie ludzkie jest wartościowe bezwzględnie i dlatego nietykalne. Chrześcijaństwo, judaizm i islam zgodnie utrzymują, że życie ludzkie jest darem Bożym – człowiek nie jest tu właścicielem, lecz depozytariuszem, a jego stosunek do życia własnego czy cudzego musi być wyznaczony przez sam akt stworzenia i relację do Boga. W Polsce etyka świętości życia jest bardzo wyraźnie głoszona przez bioetyków katolickich, jak ks. T. Ślipko i s. B. Chyrowicz (Ślipko, 1988; Chyrowicz, 2000). Moralnie potępione są takie ingerencje w życie człowieka od poczęcia aż do naturalnej śmierci, które mają na celu zabijanie lub naruszanie wartości osoby ludzkiej (samobójstwo, zabójstwo, diagnostyka preimplantacyjna i inwazyjna diagnostyka prenatalna, sztuczna/ wspomagana medycznie prokreacja, nieterapeutyczne/eugeniczne ingerencje genetyczne, w tym projektowanie płci i klonowanie, aborcja, eutanazja). Nawet w przypadku nieuchronności śmierci nie można przerwać opieki i stosowania zabiegów medycznych. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych (rozumianych jako „sztuczne", niestandardowe, nowatorskie, niedające

szans na poprawę stanu pacjenta) nie jest traktowana jako samobójstwo czy eutanazja, lecz jako akceptacja nieuchronności śmierci. W praktyce medycznej dopuszcza się stosowanie kryterium jakości życia, ale służy ono jedynie szacowaniu medycznej sensowności działań, a nie relatywizowaniu wartości życia (Biesaga, 2003, s. 174). Przyjmuje się wprawdzie wyjątki w normie „Nie zabijaj" (zabójstwo agresora w obronie własnego życia, zabójstwo w wojnie sprawiedliwej, legalnie wykonana kara śmierci), utrzymuje się jednak, że norma ta ma nadal absolutny charakter (Ślipko, 1988, s. 357).

W etyce świętości życia termin „świętość" ma religijny sens. Możliwe jest też inne, niereligijne uzasadnienie świętości (w znaczeniu wewnętrznej, stałej wartości) ludzkiego życia, jak u R. Dworkina (Szewczyk, 2009a, s. 376–397; Chańska, 2009, s. 35–47). Jego zdaniem intuicyjnie przypisujemy życiu ludzkiemu samoistną, wewnętrzną wartość bliską uczuciu świętości – gdy uznajemy, że życie każdego człowieka jest niepowtarzalne, wyjątkowe, podobnie jak dzieło sztuki. Ponieważ powstaliśmy w wyniku dwóch procesów (ewolucyjnego i kulturowego), to każdemu z nich także przypisujemy wewnętrzną wartość. Takie „świeckie" pojmowanie wewnętrznej wartości ludzkiego życia powoduje, że również ateiści mogą odczuwać moralną problematyczność samobójstwa, eutanazji pacjentów w stanie trwale wegetatywnym czy aborcji. Dworkin zauważył pewną zależność. Ludzie akcentujący wagę elementu biologicznego w tworzeniu świętości życia skłonni są do moralnego rygoryzmu w kwestii dopuszczalności aborcji, natomiast wobec eutanazji wykazują postawy bardziej permisywne, bo ich zdaniem życie uporczywie podtrzymywane nie przyczynia się do „naturalnego celu życia". Z kolei przypisujący większą wagę czynnikowi kulturowemu mają jeszcze większą skłonność do moralnej akceptacji eutanazji, bo można ją uznać za afirmację ostatniego okresu życia, są także skłonni uznać moralną dopuszczalność aborcji w przypadku patologicznych zaburzeń w rozwoju płodu. Wewnętrzna wartość życia nakłada na każdego obowiązek jego kultywowania, jednak w przypadku nieznośnego cierpienia, pozbawienia świadomości i redukowania życia ludzkiego jedynie do poziomu biologicznego prośba o śmierć i jej spełnienie przez drugą osobę będzie dla wielu najlepszym sposobem poszanowania życia.

Najbardziej znanym rzecznikiem etyki jakości życia jest australijski etyk, zwolennik utylitaryzmu preferencji, Peter Singer (Singer, 1997),

dla którego etyka świętości życia jest anachroniczna i nie jest w stanie rozwiązać problemów pojawiających się we współczesnej medycynie. Pozwala je rozwiązać etyka jakości życia, która wykazuje więcej współczucia, jest bardziej zgodna z poglądami ludzi w sprawach życia i śmierci oraz bardziej precyzyjnie wskazuje zakres obowiązków wobec chorych, cierpiących, umierających czy znajdujących się w beznadziejnym stanie. Dawniej, kiedy nie było tak dużych możliwości podtrzymywania życia (np. u kobiet ciężarnych zmarłych śmiercią mózgową, noworodków anencefalicznych, pacjentów w stanie trwale wegetatywnym), łatwiej było utrzymywać, że życie ludzkie jest święte, nienaruszalne, bo niewiele można było zrobić – takie istoty ludzkie żyły krótko, szybko umierały. Nie musieliśmy wtedy pytać, czy życie jednych ludzi jest bardziej wartościowe od życia innych ludzi. Dzisiaj tych pytań nie unikniemy, o czym mają świadczyć takie praktyki medyczne i społeczne, jak selektywne medyczne dzieciobójstwo (chodzi o noworodki ze spina bifida), coraz częściej ujawniane dokonywanie dobrowolnej eutanazji, legalizacja eutanazji w Holandii i załamanie się przekonania o wyjątkowej roli i miejscu człowieka w świecie. Coraz otwarciej akceptuje się podejście oceniające jakość życia, także w tradycyjnej etyce świętości życia, bowiem przyjęty w niej podział na środki zwyczajne i nadzwyczajne oraz rozróżnianie zabicia od przyzwolenia na śmierć w istocie skrywa ocenę jakości życia. W etyce jakości życia ludzkie życie jest wartością zmienną, relatywną i relacyjną, bo jakość życia wyznaczają: zdolność do odczuwania przyjemności i przykrości (uzależniona od rozwoju układu nerwowego) oraz posiadanie cech życia osobowego (świadomość, samoświadomość, zdolność do nawiązywania kontaktów fizycznych, społecznych i intelektualnych z innymi istotami, świadoma wola trwania życia i cieszenie się pewnymi przeżyciami, posiadanie pragnień).

Inne cechy o znaczeniu etycznym mają charakter relacyjny: istnienie krewnych, którzy będą opłakiwać czyjąś śmierć, to, że dana istota zajmuje ważne miejsce w grupie i jej śmierć wywoła obawy innych o własne życie. Wszystko to ma wpływ na szacunek dla istoty ludzkiej. Jednak w świetle tak pojętej jakości życia także niektóre zwierzęta (np. szympansy, delfiny) mogą posiadać cechy, o których sądzimy, że nadają wartość ludzkiej egzystencji i uzasadniają prawo człowieka do życia. Musimy więc uznać, twierdzi Singer, że i one posiadają takie samo

prawo do życia jak człowiek, a jeśli jakaś istota ludzka ma je w mniejszym stopniu niż zwierzę, to nie jest uzasadnione chronienie jej życia bardziej niż życia zwierzęcia. Z powodu kontrowersyjnych wniosków, jakie wywodzi Singer z pojmowania jakości życia (np. dopuszczalność aborcji w każdej fazie ciąży, a nawet dzieciobójstwa, zalecenie ścisłego wegetarianizmu, aprobata dla eksperymentów na upośledzonych noworodkach), jest krytykowany za antyhumanizm (Ferry, 1995, s. 45–55).

Do pojęcia jakości życia odwołują się także inni bioetycy, jak J.F. Fletcher i R.A. McCormick, E. Shelp, J. Walter (Muszala, 2005, s. 218–219; Chańska, 2009, s. 158–175) oraz T.L. Beauchamp i J.F. Childress, zwolennicy pryncypializmu (etyki czterech zasad). Nie ma zgody, jakie własności (cechy) życia świadczą o jakości i tym samym wartości życia ludzkiego, a także ile ich jest. Fletcher wymieniał aż 15 wskaźników człowieczeństwa, które wyróżniają człowieka wśród innych gatunków i są podstawą przypisania mu statusu moralnego, w tym: minimalny poziom inteligencji, samoświadomość, samokontrola, poczucie czasu, planowanie przyszłości, zdolność do nawiązywania kontaktów z innymi, troska o innych, kontrolowanie własnego życia, równowaga między rozumem a uczuciami, niepowtarzalność, funkcjonowanie kory mózgowej. Brak kilku z tych własności uprawnia do zaniechania terapii nawet w przypadku niebezpieczeństwa śmierci. McCormick, katolicki teolog, głosił, że etyka katolicka powinna posługiwać się pojęciem jakości życia, bo nie jest ono sprzeczne z wartościami chrześcijańskimi ani z tezą o świętości życia. Każde życie ludzkie ma wartość niestopniowalną, jednak to, że realizuje się ono poprzez kontakty z innymi ludźmi, powoduje, że bez odpowiedniej jakości (kondycji psychofizycznej) człowiek nie może osiągnąć dóbr duchowych. Podtrzymywanie życia biologicznego za pomocą środków nadzwyczajnych nie służy obronie wartości ludzkiego życia. Shelp na podstawie doświadczenia wyniesionego z oddziału intensywnej opieki nad noworodkami przyznał rodzicom prawo do decydowania o losie dzieci obciążonych wadami fizycznymi lub umysłowymi. Warunkiem uznania ludzkiej egzystencji za normalną jest możliwość osiągnięcia minimalnego stopnia samodzielności – to zaś uzależnione jest od zdolności do nawiązywania kontaktów i porozumiewania się z innymi, nabycia umiejętności ubierania się, wykonywania zabiegów higienicznych, poruszania się o własnych siłach, spożywania posiłków, bo te cechy ludzkiego życia czynią je

cennym. Nie należy zmuszać rodziców, by podjęli się opieki nad dzieckiem niesamodzielnym, powinni mieć wpływ na decyzje czy takie noworodki należy poddać agresywnemu leczeniu czy też pozwolić im umrzeć. Katolicki bioetyk Walter proponował, by pojmowanie jakości życia ludzkiego uzależnić od stanu zdrowia pacjenta i możliwości realizowania celów życiowych (wartości), które wykraczają poza biologiczne istnienie. Należy przyjąć, że ludzkie życie ma jednakową wartość ontyczną, ale jest ona zależna od realizacji istotnych wartości. Jeśli leczenie może poprawić stan pacjenta, tak by mógł realizować inne wartości, to leży ono w jego dobrze pojętym interesie. Jeśli leczenie jedynie podtrzymuje funkcje biologiczne, to ani pacjent, ani lekarz nie mają obowiązku go podejmować. Obowiązek zachowania życia Walter uznawał za abstrakcyjny, możliwy do uchylenia w wyjątkowej sytuacji, co nie unieważnia jednakowej moralnej wartości każdego życia ludzkiego. Oceny wywodzone na podstawie szacowania jakości życia pacjenta powinny wskazywać granice obowiązków wobec innych (nieuleczalnie chorych, cierpiących), a nie ich źródło. W ten sposób można przezwyciężyć opozycję między rzecznikami świętości życia i zwolennikami jakości życia.

Na uwagę zasługuje wreszcie ujęcie Beauchampa i Childressa, którzy zaproponowali wyważoną koncepcję jakości życia odwołującą się do autonomii kompetentnych pacjentów, sprawiedliwości i korzyści, by ustalić, jakie środki medyczne są obowiązkowe, a jakie nieobowiązkowe w procesie leczenia i opieki (Beauchamp & Childress, 1996, s. 208–232, 303–332). Pojęcie jakości życia uznali za niejasne, bowiem względy medyczne są w nim splecione z moralnymi kryteriami dobrego życia. Ich zdaniem dotychczasowe, tradycyjne w medycynie rozróżnienia dotyczące podtrzymywania życia (środki zwyczajne i nadzwyczajne) nie nadają się do stosowania w warunkach autonomii pacjenta i jego praw, należy je zatem zastąpić rozróżnieniem na środki obowiązkowe i nieobowiązkowe, by w zależności od jakości życia pacjenta możliwe było wyznaczenie trzech linii postępowania w praktyce medycznej: obowiązku leczenia, możliwości leczenia (neutralnej lub ponadobowiązkowej), obowiązku nieleczenia. O obowiązkowym bądź nieobowiązkowym leczeniu miałby decydować bilans kosztów, ryzyka i spodziewanych zysków. W przypadku pacjentów kompetentnych to oni mieliby pierwszeństwo dokonania takiego bilansu i podjęcia decyzji o leczeniu bądź rezygnacji z terapii. Wobec pacjentów niekompetentnych trudno byłoby

zastosować zasadę szacunku dla autonomii (nie znamy ich preferencji – bo nie mogli ich ujawnić bądź tego nie uczynili), należy tedy odwołać się do zasad dobroczynności lub niekrzywdzenia. Obowiązek leczenia jest uchylony, a pacjent, lekarz lub opiekun pacjenta mogą podjąć decyzję o zaniechaniu leczenia, gdy:

- leczenie jest bezskuteczne lub bezcelowe (nie przyniesie pozytywnych zmian w stanie pacjenta), lub działania medyczne mają niskie prawdopodobieństwo powodzenia i wysokie prawdopodobieństwo wyrządzenia krzywdy albo
- leczenie przynosi więcej uciążliwości niż korzyści (dotyczy to nie tylko pacjentów w stanie terminalnym: nawet jeśli pacjent nie umiera, nie ma obowiązku terapii, jeśli niedogodności z nią związane przyniosą mu więcej szkody niż pożytku).

Decyzje o niepodejmowaniu lub wycofaniu leczenia są zawsze dramatyczne, a nie wszystkie są słuszne. Z zasady nieszkodzenia nie wynika obowiązek podtrzymywania życia biologicznego ani obowiązek podjęcia czy kontynuowania terapii bez względu na ból, cierpienie i złe samopoczucie, jakie ona za sobą pociągnie. Jeśli jednak

> jakość życia jest odpowiednio niska, a zastosowanie terapii czyni pacjentowi więcej szkody niż pożytku, niepodjęcie lub wycofanie leczenia jest usprawiedliwione (Beauchamp & Childress 1996, s. 227).

Nikt nie kwestionuje poglądu, że ludzkie życie ma wartość – przedmiotem sporów jest to, jakie życie i ze względu na jakie cechy ma wartość. Zdaniem Zbigniewa Szawarskiego w tym sporze przyjmuje się istnienie jakiegoś paradygmatu członka gatunku *Homo sapiens*, który jest jednak kontrowersyjny, stąd niepewność co do zakresu normy „nie zabijaj" wobec poczętych istot ludzkich czy ludzi w stanie nieodwracalnej komatozy. Autor opowiada się za stanowiskiem odwołującym się do takich cech człowieka jak godność, osoba, pragnienia, bycie podmiotem własnego życia. Życie człowieka, głosi, ma wartość w tej mierze, w jakiej przysługują mu takie dyspozycje psychiczne, jakie skłonni jesteśmy cenić (świadomość, myślenie, poczucie własnej tożsamości, doznawanie zmysłowe, pragnienia, czucie, pamięć, przewidywanie, zdolność formułowania ocen). Co więcej, przypisanie wartości życia innym organizmom żywym (rośliny, zwierzęta) nie zależy od konstatacji, że są żywe, lecz od tego, że odnajdujemy w nich dyspozycje

psychiczne, które cenimy (dlatego zabicie niedźwiedzia jest gorsze niż zabicie kury, zabicie kury budzi większe opory niż zabicie muchy czy zerwanie kwiatu). Życie człowieka jako forma biologicznego trwania nie ma szczególnej wartości. Dopiero życie człowieka świadomego siebie, doznającego określonych wrażeń, tworzącego nowe wartości ma wartość, ale jest ona zmienna i subiektywna (jeśli cieszymy się, że żyjemy, to nasze życie ma dla nas wartość). Nie oznacza to jednak, dodaje Szawarski, że człowiek oceniający negatywnie wartość swojego życia tym samym będzie negował wartość życia innych ludzi czy wątpił w sens istnienia świata.

Za najważniejszą konkluzję swoich rozważań Szawarski uznał tezę, iż „nie istnieje żaden zamknięty i ściśle określony zbiór takich własności, które w sposób logicznie konieczny decydowałyby o wartości ludzkiego życia" (Szawarski, 1987, s. 79). W życiu codziennym ludzie zachowują się tak, jakby taki zbiór istniał, jednak uzasadnienia dla takiego przekonania nie są dla wszystkich jasne.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Problem szacowania wartości ludzkiego życia pojawia się w poglądach odwołujących się do świętości i jakości życia. Rzecznicy świętości życia uznają, że ma ono stałą, niezmienną, wsobną wartość, jest cenne niezależnie od jego jakości (poziomu biologicznego, psychicznego, społecznego). Przyjmujący kryteria jakości życia nie negują, że jest ono wartościowe, ale jest to wartość relatywna, zmienna, zależna od wystąpienia cech uznawanych za istotne dla człowieczeństwa i dobrego, dającego poczucie własnej wartości i zadowolenia z życia. Oba stanowiska w postaci skrajnej, radykalnej są sobie przeciwstawne, dlatego spór między ich przedstawicielami jest tak ostry i nie rokuje, jeśli chodzi o osiągnięcie porozumienia. Jednak nie tylko konsekwencjaliści uznają zasadność stosowania kryteriów jakości życia, ale czyni tak również część bioetyków chrześcijańskich, zwolenników etyki deontologicznej i personalistycznej. Autorzy umiarkowani (Dworkin, McCormick, Walter, Beauchamp i Childress) próbują wyważyć pojęcia świętości i jakości życia tak, by ich sobie nie przeciwstawiać.

Można zapytać, czy stosowanie pojęcia jakości życia doprowadzi do relatywizacji wartości życia ludzkiego i odrzucenia tezy o jego świętości (czego obawiają się bioetycy chrześcijańscy, a co Singer uznaje za nieuchronne i pożądane), czy też utrzyma się założenie o świętości życia ludzkiego z jednoczesnym jawnym i niejawnym stosowaniem kryteriów jakości (medycznych, ekonomicznych, etycznych) i coraz liczniejszymi korektami samej doktryny świętości życia. Trudno jednoznacznie na to pytanie odpowiedzieć.

Pomimo nieostrości pojęcia jakości życia jest ono stosowane w wielu obszarach systemu opieki zdrowotnej i decyzjach dotyczących podejmowania, kontynuowania lub zaprzestania działań medycznych – najczęściej odnajdziemy je w ustalaniu najlepiej pojętego interesu pacjenta niekompetentnego (niezdolnego do podjęcia decyzji), szanowania autonomii pacjenta kompetentnego, w stanowiskach wobec diagnostyki preimplantacyjnej i badań prenatalnych, leczeniu paliatywnym terminalnie chorych, w wyznaczaniu granic między terapią proporcjonalną i nieproporcjonalną czy środkami zwyczajnymi i nadzwyczajnymi, w wyznaczaniu reguł przydziału świadczeń medycznych, w badaniach klinicznych (Szewczyk 2009a, 2009b). Stosowanie kryteriów jakości życia jest często niezbędne w sytuacji żądań sprawiedliwego podziału ograniczonych środków medycznych, wzrostu społecznych oczekiwań wobec medycyny i służby zdrowia, poszerzania praw obywateli do ochrony zdrowia, wzrostu indywidualizmu i autonomii jednostek w sprawach życia i śmierci.

Spór o wartość życia ludzkiego nie zawsze jest widoczny w sporach bioetycznych, ma często charakter „ukryty", odnajdziemy go jednak u podłoża dyskusji bioetycznych dotyczących dopuszczalności aborcji, prokreacji medycznie wspomaganej, eksperymentów medycznych, eutanazji, w próbach odróżnienia terapii korzystnej od uporczywej i daremnej. Wtedy nie stosuje się kategorii wartości czy jakości życia, ale przywołuje się inne pojęcia, jak godność, autonomia, wolność pacjenta, dobre życie, dobre umieranie, solidarność z cierpiącymi, empatia, a ich treść wyznacza nie zawsze czytelnie ujawniane pojmowanie życia człowieka i jego wartości.

Spór o pryncypia w etyce jest nieodłączny od prób dowodzenia słuszności drogi uzasadniania postulowanych norm etycznych, warto jednak prowadzić go tak, by nie zagubić wymiaru praktycznego – wszak

normy/zasady etyczne mają być stosowane w różnych obszarach życia dla dobra wszystkich objętych ich treścią podmiotów (zwykle dotyczy to ludzi). Jeśli sfera wyznaczonych powinności/obowiązków jest odległa od warunków, w których mają być realizowane/spełnione, to zalecenia etyczne pozostaną tylko w sferze teorii (m.in. dlatego, że stawiają heroiczne wymagania). Wielu wierzących nie zgadza się na etyczne konsekwencje religijnej interpretacji świętości ludzkiego życia i nie stosuje się do nakazów bezwzględnej ochrony życia poczętego, zakazu stosowania sztucznej antykoncepcji czy sztucznej prokreacji, inaczej też widzi powinności moralne w obliczu nieuleczalnej choroby i śmierci. Z drugiej strony kierowanie się jedynie możliwościami technologicznymi i zapotrzebowaniem społecznym jest także „zabójcze" dla etyki – nie jest niezbędna, skoro należy robić wszystko, co technicznie możliwe, lub odwołać się do poczuć/poglądów moralnych dominującej w społeczeństwie grupy (niekoniecznie większości) i narzucić wszystkim taką czy inną wizję dobra moralnego, dobrego życia, dobrego społeczeństwa. W pluralistycznych społeczeństwach nie ma zgody co do pojmowania dobrego życia, dobrego/sprawiedliwego społeczeństwa, dobrej medycyny, wobec tego pojawia się pytanie, jak ustalić minimum etyczne możliwe do przyjęcia i respektowania przez wszystkich, a zarazem zezwolić jednostkom na wolność sumienia i błędy moralne (przykładem restrykcyjne prawo w zakresie dopuszczalności aborcji, które chroni przede wszystkim płód, kobietę ciężarną mniej lub wcale i ogranicza jej wolność sumienia, o ile jej nie neguje). Z tym wiąże się jeszcze jedno zagadnienie – w jaki sposób i w jakim stopniu prawo stanowione ma chronić życie ludzkie, które wymagania (etyczne czy prawne) są priorytetowe w przypadku moralnie kontrowersyjnych problemów (aborcja, *in vitro*, eutanazja). Wiele modeli/ sposobów uprawiania bioetyki dąży do rozwikłania tego gąszczu problematycznych kwestii.

Umiarkowanym optymizmem napawa to, że pomimo zróżnicowania światopoglądowego, odmiennych przekonań filozoficznych i religijnych ludzie biorący udział w dyskursie bioetycznym czasem potrafią osiągnąć konsensus częściowy w przyjęciu rekomendacji etycznych – mogą odnaleźć wspólne wartości i przekonania moralne pomimo odmiennych poglądów etycznych czy religijnych. Taki konsensus, zdaniem K. Szewczyka, nie jest ustępstwem na rzecz silniejszego (jak ma to miejsce w konsensusie pluralistycznym, politycznym) ani nie prowadzi do

nihilizmu. Zasadę szacunku dla osoby równie dobrze może akceptować katolik, jak ateista, zwolennik etyki Kanta czy rzecznik utylitaryzmu. Przykładem tego jest działalność ciał kolegialnych (komisji, komitetów etycznych/bioetycznych) złożonych z ekspertów z różnych dziedzin, reprezentujących odmienne poglądy etyczne, jednak godzących się na przyjęcie wspólnej rekomendacji w zakresie etycznych zasad prowadzenia badań naukowych z udziałem ludzi, ustaleniu priorytetowych celów medycyny (efektami takich działań są m.in. raport *The Goals of Medicine* [Cele medycyny], Raport z Belmont czy tzw. Europejska konwencja bioetyczna; Szewczyk, 2009a, s. 43–53). Tym samym potwierdza się zasadność uprawiania bioetyki jako dyskursu społecznego i podejmowanych w jej ramach działań procesualno-proceduralnych. Ten sposób także ma swoje ograniczenia i niepożądane konsekwencje (może doprowadzić do wchłonięcia bioetyki przez prawo medyczne). W Polsce bioetyka w postaci dyskursu społecznego jeszcze nie uzyskała znaczącego miejsca – publiczne debaty bioetyczne są rzadko organizowane i mają ograniczony zasięg (są prowadzone w kręgach akademickich lub w małych grupach społecznych). W przypadku prawnej regulacji dopuszczalności aborcji jest to szczególnie widoczne – osiągnięty w 1996 roku kompromis prawny i polityczny (potem zmieniony, zniesiony (?) wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 roku) nie był aprobowany przez strony sporu, krytyka, protesty, manifestacje odbywały się na ulicach, co trudno nazwać dyskursem społecznym, który proponują bioetycy.

Bibliografia

Aramini M. (2011). *Bioetyka dla wszystkich*. Przeł. L. Wyganowska. Kraków: Wydawnictwo eSPe.

Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (1996). *Zasady etyki medycznej*. Przeł. W. Jacórzyński. Warszawa: Książka i Wiedza.

Biesaga, T. (2003). Wartość życia w ujęciu etyki personalistycznej. *Seminare. Poszukiwania Naukowe*, *19*, 169–175.

Bołoz, W. (2007). *Bioetyka i prawa człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

Chyrowicz, B. (2000). *Bioetyka i ryzyko. Argument „równi pochyłej" w dyskusji wokół osiągnięć współczesnej genetyki*. Lublin: Towarzystwo Naukowe katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Chyrowicz, B. (2014). Metodologia bioetyki. *Diametros*, *42*, 1–28. DOI: 10.13153/diam.42.2014.680

Dyson, F. (1993). *Początki życia.* Przeł. P. Golik. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Ferry, L. (1995). *Nowy ład ekologiczny. Drzewo, zwierzę i człowiek.* Przeł. H. Miś & A. Miś. Warszawa: Centrum uniwersalizmu przy Uniwersytecie Warszawskim i Polski Oddział Międzynarodowego Towarzystwa Uniwersalizmu przy współpracy z Wydawnictwem Naukowym SCHOLAR.

Ganowicz-Bączyk, A. (2009). *Spór o etykę środowiskową*. Kraków: Wydawnictwo WAM.

Mepham, B. (2008). *Bioetyka. Wprowadzenie dla studentów nauk biologicznych*. Przeł. E. Bartnik, P. Golik, & J. Klimczyk. P. Łuków (red.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Muszala, A. (red.) (2005). *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*. Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne.

Ossowska, M. (1970). *Normy moralne. Próba systematyzacji.* Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Piątek, Z. (1998). *Etyka środowiskowa. Nowe spojrzenie na miejsce człowieka w przyrodzie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Różyńska, J., & Łuków, P. (2013). *Narodziny i natura bioetyki.* W: J. Różyńska & W. Chańska (red.). *Bioetyka*. Warszawa: Wolters Kluwer SA.

Singer, P. (1997). *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*. Przeł. A. Alichniewicz & A. Szczęsna. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Szawarski, Z. (1987). *Wartość życia*. W: Z. Szawarski (red.), *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej* (s. 76–80). Warszawa: Książka i Wiedza.

Szewczyk, K. (2009a). *Bioetyka.* T. 1: *Medycyna na granicach życia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Szewczyk, K. (2009b). *Bioetyka.* T. 2: *Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Ślipko, T. (1988). *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.

Józef Dulak
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
https://orcid.org/0000-0001-5687-0839
https://doi.org/10.35765/slowniki.578

Inżynieria genetyczna – wybrane aspekty etyczne biotechnologii medycznej

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Inżynieria genetyczna to wykorzystanie technik biologii molekularnej do świadomej i celowej, bezpośredniej ingerencji w materiale genetycznym organizmów lub wirusów.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Początek inżynierii genetycznej to uzyskanie zmodyfikowanych bakterii produkujących ludzką insulinę. Rozwój zastosowań biologii molekularnej umożliwił opracowanie wielu leków biologicznych, w tym wprowadzenie terapii genowej, uzyskanie zmodyfikowanych genetycznie organizmów roślinnych i zwierzęcych.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Zastosowania inżynierii genetycznej są niezwykle szerokie i obejmują liczne obszary ludzkiej aktywności, w tym w szczególności produkcję żywności, ochronę zdrowia, przemysł farmaceutyczny. W rozdziale najwięcej uwagi poświęcono możliwościom inżynierii genetycznej w biotechnologii medycznej. Rozważania dotyczą zastosowań diagnostycznych, szczepionek, terapii chorób oraz możliwości i ryzyk związanych z nowoczesnymi technikami edycji genów.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Osiągnięcia nauki, w tym inżynieria genetyczna, mogą i powinny być wykorzystywane dla dobra ludzi. Bez wątpienia istnieją badania i zastosowania wzbudzające dyskusję, ale standardy etyczne nie powinny być tworzone na podstawie przesłanek ideologicznych. Dopuszczalność badań naukowych i zastosowań powinna wynikać z merytorycznej wiedzy z zakresu

biologii molekularnej, genetyki i medycyny, ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjentów. Zastrzeżenia natury religijnej nie mogą decydować o rozwoju badań naukowych.

Słowa kluczowe: DNA, RNA, organizmy genetycznie zmodyfikowane (GMO), szczepionki, edycja genów CRISPR/Cas

Definicja pojęcia

DNA, czyli kwas deoksyrybonukleinowy, jest materiałem genetycznym wszystkich organizmów oraz wielu wirusów. Odkrycie reguł przekazywania informacji genetycznej zapisanej w DNA na kwas rybonukleinowy (RNA) i ostatecznie przetłumaczenie sekwencji nukleotydów w genie na sekwencję aminokwasów w białku, stanowiło podstawę opracowania metod tworzenia DNA rekombinowanego. DNA rekombinowane powstaje w wyniku połączenia fragmentów DNA z różnych organizmów, co pozwala na uzyskanie zestawu genów, które nie występują w naturze. W ten sposób rozwinęła się inżynieria genetyczna polegająca na wykorzystaniu technik biologii molekularnej do świadomej i celowej, bezpośredniej ingerencji w materiale genetycznym organizmów lub wirusów.

Analiza historyczna pojęcia

Odkrycie struktury DNA, powszechnie kojarzone z publikacją Jamesa Watsona i Francisa Cricka z kwietnia 1953 roku (chociaż w istocie do tego odkrycia przyczyniły się badania wielu osób), było niewątpliwie jednym z najważniejszych wydarzeń naukowych XX wieku. Stworzyło podwaliny do rozwoju biologii molekularnej, a następnie inżynierii genetycznej, otworzyło perspektywy dla nieznanych wcześniej terapii. Zapoczątkowało procesy, które sprawiają, że wiek XXI może być uznany za wiek biologii.

Historia inżynierii genetycznej liczy ponad 50 lat, a rozpoczęła się od uzyskania zmodyfikowanych (rekombinowanych) komórek bakterii *Escherichia coli*, do których wprowadzono nośnik (plazmid) zawierający sekwencję DNA kodującą ludzką insulinę, hormon produkowany przez komórki beta wysepek trzustkowych i niezbędny do utrzymania prawidłowego poziomu glukozy we krwi. W ten sposób otrzymano pierwszy lek biotechnologiczny – rekombinowaną insulinę. Tak rozpoczął się rozwój molekularnej biotechnologii farmaceutycznej oraz medycznej (Watson, Berry, & Davies, 2018).

Zastosowanie biotechnologii do produkcji przez bakterie lub inne komórki (drożdży, owadów, ssaków) leków takich jak insulina, a także np. hormon wzrostu, czynniki krzepnięcia, czynnik rozpuszczający

zakrzepy etc. nie budziło istotnych zastrzeżeń natury etycznej ani oporu społecznego. Równocześnie jednak z możliwościami tworzenia nowych cząsteczek DNA pojawiły się obawy, że te metody mogą być wykorzystane do uzyskania kombinacji genetycznych zagrażających człowiekowi, np. stworzenia wyjątkowo niebezpiecznych patogenów (bakterii czy wirusów) lub do produkcji broni biologicznej. Wynikiem takich obaw było zorganizowanie z inicjatywy naukowców w pod koniec lutego 1975 roku słynnej konferencji w kalifornijskim Asilomar. Jej efektem było zaproponowanie reguł badawczych i zabezpieczeń technicznych i technologicznych, które stały się podstawą do wdrożenia odpowiednich przepisów nie tylko w USA, ale także w innych krajach świata (Hurlbut, 2025).

Ujęcie problemowe pojęcia

Katastroficzne konsekwencje inżynierii genetycznej nie spełniły się, chociaż nie ma pewności, czy pewne problemy, takie jak wybuch lokalnych epidemii w ówczesnym Związku Radzieckim, nie był spowodowany takimi działaniami (Cobb, 2025). Mogły być także efektem eksperymentów nad naturalnymi, niemodyfikowanymi genetycznie patogenami, jak np. bakteriami wąglika. Niewątpliwie takie obawy przyczyniają się do rozwoju teorii spiskowych. Znane są sugestie, że wirus SARS-CoV2 powodujący COVID-19 jest produktem inżynierii genetycznej, a gdy opracowano szczepionki mRNA, rozpowszechniano bezpodstawne plotki, że szczepionki te mogą przyczyniać się np. do niepłodności. Trzeba jednak zaznaczyć, że zastrzeżenia co do pewnych eksperymentów powinny być brane pod uwagę przy zachowaniu racjonalnego osądu (Cobb, 2025).

Obawy przed powszechnymi zagrożeniami, jakie miały być związane z inżynierią genetyczną, stały się przyczyną niezwykle silnego ruchu anty-GMO, sprzeciwiającego się genetycznie modyfikowanym organizmom (GMO – *genetically modified organism*) (Watson, Berry, & Davies, 2018). Niestety te działania, odrzucające fakty dowodzące pełnego bezpieczeństwa roślin GMO dla zdrowia ludzi, braku zagrożeń dla środowiska, a wręcz dodatkowych korzyści, np. poprzez ograniczenie stosowania chemicznych środków ochrony roślin (pestycydów, w tym

chwastobójczych herbicydów), wciąż są poważnym problemem ograniczającym uprawę roślin GMO w Europie. Otrzymywanie roślin GMO to również szansa na rozwiązanie niektórych problemów zdrowotnych. Przykładem jest tzw. złoty ryż, zawierający wprowadzony gen umożliwiający produkcję β-karotenu, czyli prekursora witaminy A. Niedobór tej witaminy w wielu obszarach świata, np. w Azji, jest przyczyną poważnych schorzeń neurologicznych i może prowadzić do ślepoty. Miska złotego ryżu spożywana codziennie rozwiązywałaby problem niewystarczającej podaży witaminy A. Niestety na skutek agresywnych działań przeciwników GMO uprawa takiego ryżu jest praktycznie zakazana w krajach, w których jego zastosowanie przyczyniłoby się do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

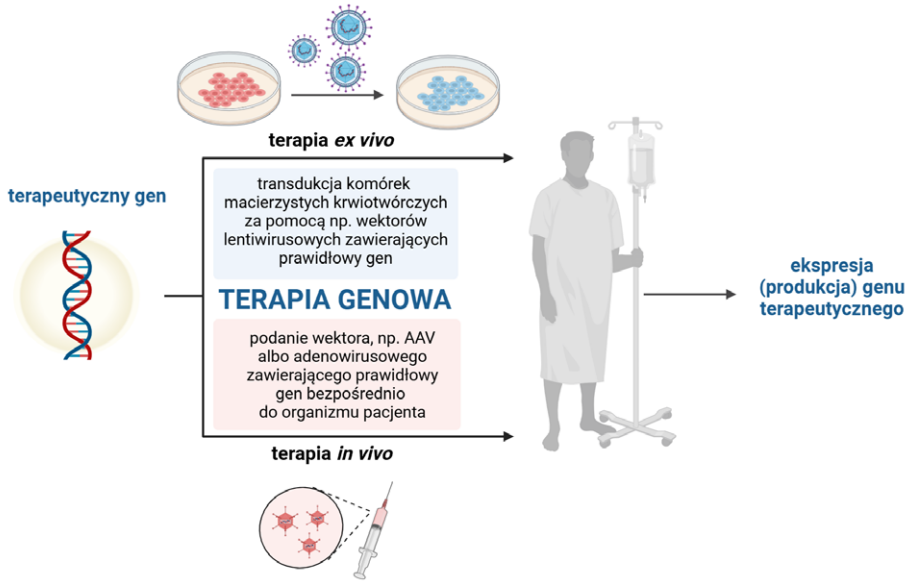
Podsumowując ten wątek, należy jednoznacznie stwierdzić, że zgodnie z wiedzą naukową dokonywanie modyfikacji genetycznych roślin w celu uzyskania odmian opornych na szkodniki, trudne warunki środowiskowe czy dających lepsze plony okazało się w pełni bezpieczne. Nie ma żadnych udowodnionych zagrożeń zdrowotnych ze strony takich zmodyfikowanych genetycznie roślin. Opór przeciw GMO jest przejawem pozbawionej podstaw naukowych ideologii, a działania ograniczające dostęp potrzebujących do żywności GMO czy wręcz niszczenie takich upraw należy ocenić zdecydowanie negatywnie.

Terapia genowa

Kolejnym krokiem w zastosowaniu inżynierii genetycznej w biotechnologii medycznej był rozwój terapii genowej. W pierwotnej wersji to sposób leczenia chorób za pomocą genów, czyli sekwencji kodujących określone białka. Koncepcja takiego leczenia, zaproponowana po raz pierwszy w roku 1962 przez Wacława Szybalskiego, wybitnego polskiego naukowca, urodzonego we Lwowie w roku 1921 a od roku 1951 pracującego w Stanach Zjednoczonych, miała być zastosowana do leczenia chorób spowodowanych konkretnymi mutacjami, czyli zmianami w genach prowadzącymi do braku prawidłowego białka (Kimmelman, 2008; Dulak, 2009; Dulak, 2021). Największym problemem w rozwoju technologicznym terapii genowej było opracowanie skutecznych sposobów wprowadzania prawidłowych genów do komórek pacjenta.

Lata badań doprowadziły do uzyskania szerokiej gamy nośników, zwanych wektorami. Funkcję tę z powodzeniem pełnią odpowiednio zmodyfikowane, pozbawione genów chorobotwórczych wirusy, wśród nich np. wirus HIV (najszerzej znany ze swojej złej strony) (Bal i in., 2023) (Ryc. 1).

Rys. 1. Schemat terapii genowej. W strategii *ex vivo* dokonuje się modyfikacji genetycznej pobranych z organizmu pacjenta komórek (np. macierzystych komórek krwiotwórczych, limfocytów T) i następnie takie komórki podaje się z powrotem do krwi pacjenta. W strategii *in vivo* wektor (nośnik) z genem terapeutycznym podaje się bezpośrednio do organizmu pacjenta, np. do krwi czy do siatkówki oka (przygotowano za pomocą programu BioRender)



Wprowadzenie terapii genowej budziło od początku więcej kontrowersji aniżeli produkcja leków rekombinowanych. Spowodowane to było obawami o bezpieczeństwo pacjentów, bowiem nawet pobawiony swoich pierwotnych właściwości chorobotwórczych wirus, niosący terapeutyczny gen, może wywoływać efekty uboczne. Te zależą od rodzaju wirusa użytego jako wektor, typu modyfikowanych komórek, a także choroby. Pierwsze kliniczne próby terapii genowej zostały przeprowadzone w roku 1990 w amerykańskim Narodowym Instytucie Zdrowia (NIH), ale minęło ponad 20 lat, zanim doszło do oficjalnej rejestracji pierwszych leków – terapii genowych (Dulak, 2021).

Nie ma skutecznych terapii – także farmakologicznych – pozbawionych ryzyka efektów ubocznych. Z terapiami genowymi wiążą się jednak obawy co do czasu trwania takiego ryzyka. Stała modyfikacja genetyczna komórek, np. komórek macierzystych, poprzez wprowadzenie do nich integrującego z materiałem genetycznym wektora wirusowego stwarza ryzyko transformacji nowotworowej, która może się pojawić po pewnym czasie, nawet po wielu latach od zastosowanej terapii. Stało się tak w przypadku niektórych, ale nie wszystkich chorób poddawanych terapii genowej. Konieczne jest wtedy określenie stosunku korzyści do przewidywanego ryzyka.

Terapia genowa może powodować trwałą modyfikację genetyczną komórek, dlatego dotychczas nie stosuje się terapii genowej w okresie prenatalnym. Niektórzy wiążą takie ograniczenia także z ryzykiem ingerencji w materiał genetyczny komórek linii płciowej i przekazaniem zmiany kolejnym pokoleniom. Obawy te mogą się jednak wydawać pozbawione podstaw w sytuacji, gdy taka terapia może uratować życie pacjenta i gdy ryzyko przekazania modyfikacji genetycznej potomkom jest niewielkie.

Terapia genowa obecnie różni się od tej klasycznej wersji zaproponowanej przez Wacława Szybalskiego (Dulak, 2021). Stosowane strategie to nie tylko wprowadzanie do komórek pacjenta brakującego, prawidłowego genu, ale w zależności od choroby mogą one także polegać na zastosowaniu nowych genów, naturalnie nieobecnych w modyfikowanych komórkach. Tak jest np. w przypadku terapii CAR-T, czyli terapii wykorzystującej zmodyfikowane (chimerowe) limfocyty T, stosowanej w leczeniu niektórych nowotworów krwi. W terapii CAR-T limfocyty T pacjenta uzbraja się do bardziej efektywnej walki przeciw komórkom nowotworowym, wprowadzając do nich specjalny gen kodujący tzw. receptor chimerowy (ang. *chimeric antigen receptor* – CAR), skuteczniej rozpoznający białka (antygeny) komórki nowotworowej.

Terapia genowa to także możliwość podania dodatkowych kopii genów, niewystarczająco aktywnych w tkankach pacjentów, jak np. genów stymulujących powstawanie nowych naczyń krwionośnych i lepsze ukrwienie tkanek, np. mięśni nóg czy serca. Chociaż taka wzmacniająca terapia genowa nie znalazła jeszcze oficjalnego zastosowania w terapii chorób, to jej możliwość budzi czasem wątpliwości etyczne ze względu na ryzyko wykorzystania do wzmacniania funkcji

zdrowych tkanek i narządów w celu nieuprawnionego osiągnięcia korzyści. Taki doping genetyczny, nawet jeśli dotychczas niemożliwy lub oficjalnie niewykryty, budzi uzasadnioną krytykę, podobnie jak stosowanie dopingu farmakologicznego.

Problemem etycznym stosowania terapii genowych jest niezwykle wysoki koszt (Dulak, 2021), bowiem cena najdroższych zbliża się obecnie już do 4 milionów dolarów. Uzasadnieniem są wysokie koszty badań klinicznych, a także mały rynek, bowiem terapie genowe dotychczas stosowane są u pacjentów cierpiących na tzw. choroby rzadkie (w Unii Europejskiej za choroby rzadkie uznaje się choroby o podłożu genetycznym występujące nie częściej niż u 5 na 10 000 osób). Ceny okazują się zaporowe nie tylko dla pojedynczych pacjentów, ale i dla instytucji ubezpieczeniowych bogatych krajów. Na przykład w Unii Europejskiej firmy wycofały niektóre oficjalnie zarejestrowane terapie genowe, bowiem ubezpieczyciele nie byli gotowi ponosić bardzo wysokich opłat. Dodatkowo problem komplikuje fakt, że w niektórych przypadkach istnieją uzasadnione wątpliwości co do rzeczywistej skuteczności zarejestrowanych terapii genowych (Jolly i in., 2025). Można przypuszczać, że dyskusje nad zasadnością tak wysokich cen będą jednym z istotnych elementów debaty publicznej nad etycznymi aspektami terapii genowych.

Na koniec należy pamiętać, że metody dostarczania genów do komórek umożliwiły uzyskanie indukowanych pluripotencjalnych komórek macierzystych (iPSC – ang. *induced pluripotent stem cells*), wyjątkowego narzędzia badawczego o potencjale zastosowania w celach terapeutycznych. Zagadnienie to omówiono w rozdziale *Komórki macierzyste – aspekty etyczne badań i ich zastosowań* niniejszego tomu słownika.

Projekt poznania genomu człowieka i rozwój nowoczesnej biotechnologii medycznej

Postęp w opracowaniu skuteczniejszych metod terapii genowej miał miejsce w czasie, gdy realizowany był spektakularny Projekt Poznania Genomu Ludzkiego – *Human Genome Project* (https://www.genome.gov/human-genome-project). Celem tych działań, zainicjowanych na początku lat 90. ubiegłego wieku w USA, było rozszyfrowanie sekwencji

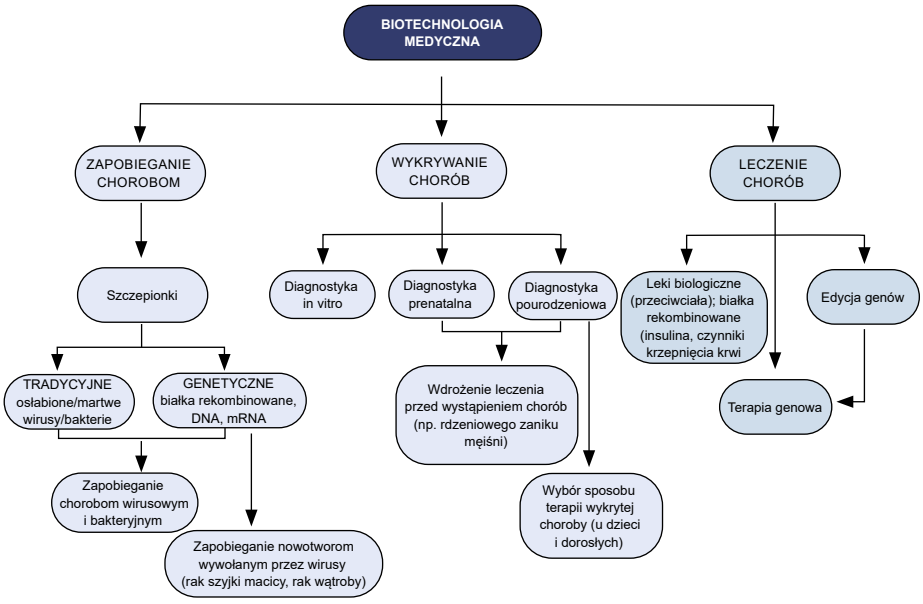
wszystkich genów w genomie człowieka. Genom to cały zestaw materiału genetycznego, obejmujący w przypadku ludzi DNA zawarty w 23 parach chromosomów – 22 autosomach i dwóch chromosomach płciowych – XX w przypadku kobiet i XY u mężczyzn. Pierwszy zgrubny opis genomu został podany w lipcu 2000 roku, a pełniejszą sekwencję genów opublikowano w roku 2003. Ten kosztujący kilka miliardów dolarów program, realizowany częściowo także w Wielkiej Brytanii, przyczynił się do niebywałego postępu, m.in w zakresie rozwoju technik sekwencjonowania materiału genetycznego, czyli ustalania kolejności nukleotydów (czterech elementów każdego DNA – oznaczanych jako A, C, G i T) w poszczególnych genach oraz innych odcinkach chromosomów. Dzięki temu odkryte zostały przyczyny genetyczne wielu chorób człowieka, określono sekwencję genomów innych zwierząt, wielu roślin i patogenów. Inżynieria genetyczna staje się coraz bardziej wyrafinowana dzięki pogłębianiu wiedzy podstawowej, a także odkrywaniu nowych mechanizmów molekularnych.

Biotechnologia medyczna jest wykorzystywana do zapobiegania, wykrywania (diagnostyki) i terapii chorób (Ryc. 2). Poznanie sekwencji patogenów umożliwia szybkie opracowanie skutecznych/skuteczniejszych szczepionek. Wyjątkowego przykładu takich zastosowań doświadczyliśmy w okresie pandemii COVID. Już w kilkanaście dni po stwierdzeniu, że ludzkość ma do czynienia z nieznanym wcześniej wirusem, znana była sekwencja jego genomu. Prowadzone od wielu lat badania nad sposobami transferu genów umożliwiły, ze względu na wyjątkową sytuację, zastosowanie i testowanie nowej strategii – szczepionek RNA, ich przebadanie na kilkudziesięciu tysiącach ochotników i wdrożenie do powszechnego stosowania pod koniec 2020 roku. Wprowadzenie szczepionek przyczyniło się niewątpliwe do nabycia odporności na wirusa SARS-CoV2 i uratowało setki tysięcy, a być może miliony istnień ludzkich. Jak wiadomo jednak, stosowanie szczepionek w niektórych krajach, w tym w Polsce, spotykało się z niezrozumieniem i oporami, potęgowanymi przez działania ruchów antyszczepionkowych.

Szczepionki są stosowane w medycynie od końca XVIII wieku. Opracowanie i zaproponowanie skutecznego sposobu uodparniania na wirusa ospy prawdziwej przez Edwarda Jennera w roku 1796 uważane jest za początek biotechnologii medycznej. Aż do końca XX wieku szczepionki były opracowywane za pomocą metod klasycznych, z osłabionych lub

martwych patogenów. Wiele z tych tradycyjnych szczepionek okazało się niezwykle skutecznych i pozwoliło wyeliminować całkowicie ospę, ograniczyć skutecznie występowanie innych chorób takich jak polio (czyli choroba Heinego-Medina) i uratować życie setkom milionów ludzi. Efekty byłyby niewątpliwie jeszcze większe, gdyby nie wspomniane ruchy antyszczepionkowe i bezzasadny opór niestety znacznej liczby rodziców, również w Polsce. Stosowanie szczepionek dla zapobiegania chorobom i śmierci jest niewątpliwie działaniem wysoce etycznym. Żałować tylko należy, że przeciwko podnoszone są argumenty odnoszące się np. do wykorzystywania w badaniach nad szczepionkami komórek uzyskanych kilkadziesiąt lat temu z płodów poddanych zaplanowanym aborcjom (które byłyby przeprowadzone niezależnie od przyszłego zastosowania komórek płodowych).

Rys. 2 Zastosowania biotechnologii medycznej (przygotowano za pomocą programu BioRender)



Szczepionkami wykorzystującymi techniki rekombinowanego DNA są te zapobiegające zakażeniu wirusem zapalenia wątroby typu B oraz wirusami brodawczaka (HPV) (Ryc. 2). Ograniczają one ryzyko rozwoju nowotworów powodowanych przez te wirusy. W przypadku HPV jest to przede wszystkim nowotwór szyjki macicy, ale zakażenie tym wirusem

może prowadzić także do nowotworów prącia, sromu, pochwy, odbytu, a także głowy i szyi. Szczepionka przeciw HPV jest bezpieczna, wykorzystuje tylko jedno białko wirusów. Białko to jest produkowane w laboratorium dzięki zastosowaniu inżynierii genetycznej. Podanie szczepionki nastolatkom – dziewczynkom i chłopcom – jeszcze przed rozpoczęciem aktywności seksualnej w sposób niezwykle znaczący ogranicza ryzyko rozwoju nowotworu szyjki macicy, a także innych obszarów narządów rodnych powodowanych przez wirusa HPV. Przeciwnicy próbują odwodzić od szczepień, twierdząc, że szczepionki te mają być rzekomą zachętą do rozwiązłości seksualnej. To argumentacja niewątpliwie z kategorii retoryki religijnej, a nie racjonalnej dyskusji.

Aspekty etyczne wczesnej diagnostyki genetycznej wykorzystującej metody biologii molekularnej

Program poznania genomu człowieka umożliwił także rozwój technik związanych z wcześniejszym wykrywaniem chorób (Trent, 2012). Obecnie możliwe jest to już na bardzo wczesnym etapie, dzięki metodzie zapłodnienia *in vitro* (zob. rozdział poświęcony komórkom macierzystym).

Diagnostyka przedimplantacyjna (Ryc. 2), czyli wykonywana na blastomerze pobranym z kilkukomórkowego zarodka, jest możliwa dzięki metodzie powielania (amplifikacji) DNA zwanej reakcją łańcuchową polimerazy (PCR). PCR pozwala na zwielokrotnienie do miliardów kopii DNA wyizolowanego nawet z jednej komórki. Dzięki temu możliwe jest namnożenie fragmentu genu, w którym podejrzewa się występowanie mutacji i po dalszej analizie potwierdzenie albo wykluczenie takiej zmiany. Możliwe jest także wykonanie sekwencjonowania większych odcinków DNA. Zastosowanie diagnostyki przedimplantacyjnej w sytuacji, gdy osoby, który zdecydowały się na zapłodnienie *in vitro* wcześniej przeżyły dramat śmierci ciężko chorego dziecka, obarczonego chorobą genetyczną, stwarza możliwość wykrycia zdrowych zarodków i zastosowania ich w dalszej procedurze prowadzącej do urodzenia zdrowego dziecka.

Taka metoda jest akceptowalna i zrozumiała dla uniknięcia tragedii i zbędnego cierpienia. Czy testy przedimplantacyjne mogą być jednak

wykorzystane w celu takiej selekcji zarodków obarczonych określoną mutacją, by np. parze osób głuchoniemych urodziło się niemówiące i niesłyszące dziecko? Czy etycznie dopuszczalny (i zgodny z etyką lekarską) byłby wybór zarodka obarczonego mutacją prowadzącą w sposób nieuchronny do braku słuchu i mowy w sytuacji, gdy na wybór takich, a nie zdrowych zarodków decydowaliby się po zapłodnieniu *in vitro* rodzice głuchoniemi? Takie postępowanie budzi zdecydowane wątpliwości.

Wybór zarodków żeńskich jest uzasadniony w sytuacji, gdy określenie płci zarodka pozwala równocześnie na eliminację ryzyka urodzenia chłopca obarczonego ciężką genetyczną chorobą sprzężoną z płcią (czyli zależną od mutacji genu w chromosomie X). Czy jednak wybór zarodków określonej płci może być stosowany wtedy, gdy rodzice z powodów pozamedycznych chcą mieć wyłącznie dziewczynkę lub wyłącznie chłopca?

Analizy genetyczne są także wykorzystywane do diagnostyki prenatalnej płodu w trakcie ciąży (Ryc. 2). Wykrycie choroby na tym etapie umożliwia kobiecie podjęcie decyzji o zakończeniu lub kontynuacji ciąży i taka możliwość powinna być zapewniona przez ustawodawstwo. Dzięki takiej diagnostyce możliwe jest także, jeśli technologie medyczne pozwalają, podjęcie odpowiednich zabiegów terapeutycznych w trakcie ciąży czy też wdrożenie terapii wkrótce po urodzeniu.

Diagnostyka postnatalna jest wykonywana wkrótce po urodzeniu i pozwala zastosować odpowiednie leczenie albo działania zapobiegające rozwojowi choroby genetycznej. Dzięki takiej diagnostyce można np. ratować życie dzieci, które odziedziczyły od obu rodziców mutację w genie SMN1, prowadzącą do rozwoju rdzeniowego zaniku mięśni (SMA). Choroba ta w najcięższej postaci powoduje śmierć dziecka najczęściej przed ukończeniem 2. roku życia. Taka diagnostyka została wdrożona w Polsce i od roku 2022 jest powszechnie stosowana. Noworodki, u których wykryje się mutację w SMN1, mogą jeszcze przed pojawieniem się objawów otrzymać ratującą życie terapię genową. W USA zastosowano ostatnio nawet terapię prenatalną u kobiety noszącej płód obarczony mutacją w SMN1. Kobieta ta wcześniej doświadczyła śmierci dziecka z powodu SMA. Wykrycie u płodu mutacji pozwoliło na podawanie kobiecie zarejestrowanego doustnego leku na SMA, czego efektem było urodzenie dziecka bez objawów choroby i brak oznak tej choroby

aż do 30. miesiąca życia (leczenie było nadal kontynuowane), co niewątpliwie świadczy o skuteczności terapii.

Diagnostyka przedimplantacyjna w przypadku zagrożenia ciężką chorobą genetyczną pozwala kobiecie podjąć decyzję o wszczepieniu do macicy tylko zdrowego zarodka/zarodków. Z kolei diagnostyka prenatalna umożliwia kobiecie podjęcie decyzji o przerwaniu ciąży, która zakończyłaby się urodzeniem dziecka ciężko chorego lub urodzeniem dziecka obarczonego ciężką nieuleczalną chorobą lub wadą rozwojową (jak zespół Downa), lub u którego śmiertelna choroba pojawi się nieuchronnie w ciągu miesięcy lub kilku lat. W Polsce kobiety są jednak pozbawione możliwości takiej decyzji w wyniku drastycznego stanowiska Trybunału Konstytucyjnego z roku 2020 (status prawny tego wyroku jest dalece wątpliwy ze względu na udział w składzie zespołu wydającego orzeczenia osób niebędących sędziami, jak i zastrzeżenia co do prawidłowości trybu wyboru osoby będącej prezesem TK (zob. Piotrowski, 2021).

Diagnostyka pourodzeniowa (Ryc. 2), coraz częściej oparta na analizach genetycznych wykorzystujących metody biologii molekularnej, jest w pełni uzasadniona w sytuacji, gdy wykrycie choroby pozwala na szybkie, niemal natychmiastowe wdrożenie leczenia. Czy jest jednak etyczne przeprowadzanie testów u noworodków, gdy nie ma lekarstwa na określoną chorobę? Czy dopuszczalne jest informowanie rodziców, że ich nowo narodzone dziecko będzie chore i zapewne umrze za kilka lub kilkanaście lat, jeśli do tego czasu nie zostaną wynalezione skuteczne sposoby leczenia? W sytuacji, gdy w rodzinie jest już dziecko obarczone ciężką chorobą (lub gdy takie dziecko zmarło), istnieje możliwość skorzystania z zapłodnienia *in vitro* i wykonania testów przedimplantacyjnych, które pozwolą na wszczepienie do macicy tylko zdrowego zarodka/zarodków.

Dylemat stanowi wykorzystanie dla dobra innej osoby informacji o statusie genetycznym dziecka w celu zapobiegania chorobom, które mogą się u niego dopiero rozwinąć w wieku dorosłym. Takie informacje o potencjalnym, lecz bardzo odległym ryzyku choroby u dziecka mogą np. posłużyć do podjęcia odpowiednich decyzji terapeutycznych u rodziców. Czy dopuszczalne etycznie jest jednak wykorzystanie dziecka jako źródła wiedzy dla dobra ich rodziców? Zdaniem niektórych etyków dziecko nie powinno być używane jak kanarek w kopalni do wykrywania zagrożeń dla innych. Czy jednak będzie to naruszeniem autonomii dziecka? Takie

wykorzystanie wiedzy o odziedziczeniu przez dziecko pewnych mutacji, np. predysponujących do rozwoju raka piersi, miało miejsce w przypadku matek, które na skutek wykrycia mutacji u ich dzieci poddały się prewencyjnym operacjom zapobiegającym rakowi piersi lub jajnika.

Sekwencjonowanie całego genomu umożliwia obecnie wykrycie wszystkich znanych mutacji, jak też wskazanie predyspozycji genetycznych do rozwoju chorób. Czy taka wiedza jest jednak zawsze potrzebna i czy należy umożliwić jej zdobycie każdemu, kto chciałby ją posiadać? Czy powinny być dostępne analizy DNA pozwalające określić, jakie cechy fizyczne i psychiczne może mieć przyszłe dziecko? Czy chęć wyboru koloru oczu jest wystarczającym uzasadnieniem? Złożony charakter dziedziczenia cech umysłowych nie pozwala na określenie poziomu inteligencji przyszłej osoby. Czy gdyby jednak stało się to możliwe, powinno być dostępne dla chętnych? Zapewne wprowadzone będą regulacje prawne. Czy jednak wszyscy będą się do nich stosować? Prywatne instytucje oferujące testy genetyczne mogą uzasadniać ich stosowanie prawem człowieka do wiedzy o własnym genomie (Steinbock & Menzel, 2024).

Aspekty etyczne edycji genów

Terapia genowa polegająca na wprowadzaniu prawidłowej kopii zmutowanego genu przywraca zdolność do produkcji brakującego białka. Metody stosowane w klasycznej terapii genowej mimo ich wyrafinowanego charakteru nie są jednak tak precyzyjne, by wprowadzić prawidłowy gen dokładnie w miejsce niewłaściwego. Wektory dostarczające gen terapeutyczny lokują go najczęściej w zupełnie innych miejscach genomu, z czym wiążą się różnego rodzaju problemy, jak niewystarczająca efektywność terapii czy też ryzyko efektów ubocznych (np. rozwoju nowotworu) w sytuacji, gdy wektor zaburzy funkcjonowanie innych genów.

Precyzyjna modyfikacja genu, dokładnie w tym miejscu genomu, w którym taki gen naturalnie występuje, stała się możliwa dzięki metodom edycji genów (Greely, 2021) (Ryc. 2). Badania nad ich różnymi odmianami trwały od wielu lat, ale w roku 2012 doszło do prawdziwej rewolucji. To wtedy została zaproponowana możliwość wykorzystania do takiego celu systemu bakteryjnego znanego powszechnie pod

nazwą CRISPR/Cas9. Biorąc pod uwagę inne wcześniej stosowane metody, CRISPR/Cas9 przewyższa je prostotą i możliwościami modyfikacji. Odpowiedni enzym (Cas9) może być nakierowany na fragment DNA, który chcemy poddać zmianie i precyzyjnie dokonać jego modyfikacji – naprawy mutacji, jeśli jest to gen wadliwy, lub też wprowadzenia mutacji – czy to w celu badawczym, czy dla takiej modyfikacji, która zmieni właściwości genu w pożądanym kierunku. Metoda ta szybko stała się jednym z najpowszechniejszych narzędzi w laboratoriach, a jej wszechstronne możliwości zaczęły budzić tyleż nadziei, ile wątpliwości. Pojawiły się bowiem obawy, że może być wykorzystana w celu modyfikacji genomu ludzkiego także dla uzyskania właściwości, które przez niektórych traktowane mogą być jako ulepszenia, ale w powszechnym rozumieniu niekoniecznie takie będą. Obawy o zastosowanie CRISPR/Cas9 do tworzenia zaprojektowanych dzieci (*designed babies*) z ulepszonymi zdolnościami intelektualnymi czy fizycznymi, które mogą być wykorzystane jako np. przewaga w sporcie, łączyły się z nadzieją opracowania metod terapii nieuleczalnych chorób. Te mogłyby być zastosowane już na etapie zygoty, zastępując diagnostykę przedimplantacyjną naprawą zmutowanych lub poprawą tych w istocie całkowicie zdrowych. Takie obawy doprowadziły w krótkim czasie do pojawienia się propozycji moratorium na modyfikację ludzkiego genomu, podobnego do stanowiska przyjętego na konferencji w Asilomar (Greely , 2021).

W atmosferze gorących dyskusji niektórzy z oburzeniem przyjęli artykuł opublikowany w roku 2015 przez badaczy chińskich. Wybrali oni do doświadczeń zarodki ludzkie powstałe w wyniku zapłodnienia *in vitro*, ale tylko zarodki triploidalne, czyli takie, które powstały w wyniku połączenia komórki jajowej z dwoma plemnikami. Takie zarodki nie mają oczywiście żadnej szansy długotrwałego rozwoju i w przypadku procedury *in vitro* mającej na celu wywołanie ciąży są odrzucane. Celem tych doświadczeń było sprawdzenie, czy dostępna wówczas wersja edycji genów CRISPR/Cas9 była wystarczająco precyzyjna, pozwalając wyłącznie na modyfikację określonego fragmentu DNA zarodka. Badania jednoznacznie pokazały, że tak nie jest, zaobserwowano liczne zmiany w wielu miejscach DNA. Badacze chińscy nie zamierzali dokonywać żadnych zabiegów z tymi zarodkami poza laboratorium. Dla przeciwników badań na ludzkich zarodkach było to jednak przekroczenie pewnej granicy. Za takie zostały zapewne też uznane badania prowadzone w Instytucie

Francisa Cricka w Londynie, w ramach których uzyskane drogą zapłodnienia *in vitro* ludzkie zarodki poddano edycji wybranych genów w celu zbadania roli, jakie te geny pełnią jeszcze przed implantacją zarodka do macicy. Jednak z naukowego, medycznego i etycznego punktu widzenia nie sposób dopatrzyć się czegoś nagannego w takich działaniach nakierowanych na zdobycie wiedzy, która może się przyczynić do opracowania sposobów pozwalających na implantację zarodka do ściany macicy, czyli w konsekwencji utrzymania ciąży.

Zupełnie innym, szeroko znanym przypadkiem jest natomiast historia He Jiankui, chińskiego biofizyka, który w listopadzie 2018 roku poinformował o wykonaniu edycji ludzkich zarodków i urodzeniu się dwóch dziewczynek (w drodze była trzecia) będących wynikiem takich modyfikacji. Eksperyment, którego dopuścił się He Jiankui, polegał na usunięciu za pomocą CRISPR/Cas9 kilkudziesięciu nukleotydów z genu CCR5, co na podstawie wiedzy o roli białka kodowanego przez ten gen miało uchronić dzieci przez zakażeniem wirusem HIV (ojcowie dziewczynek byli chorzy na AIDS). Postępowanie to wzbudziło powszechny sprzeciw w środowisku naukowym i medycznym (Greely, 2021). Niezależnie od braku uzasadnienia dla wykonania takiej edycji, bowiem zakażeniu HIV można było zapobiec w inny sposób (poprzez oczyszczenie spermy z wirusów), wykonanie tej genetycznej manipulacji wcale nie musiało doprowadzić do oczekiwanego efektu. Jego konsekwencje ze względu na szeroką rolę CCR5 były nieprzewidywalne i mogły być niekorzystne dla przyszłych dzieci będących efektem takich edycji. Ponadto technologie CRISPR/Cas9 nie zapewniają jeszcze wystarczającej precyzji, co mogło sprawić, że przeprowadzone interwencje dokonały zmian także w innych genach. He Jiankui został w Chinach skazany i odbył karę trzech lat więzienia.

W środowisku naukowym panuje powszechna zgoda, że plany dziedzicznej edycji ludzkiego genomu są zdecydowanie przedwczesne. Pojawiają się jednak także analizy sugerujące, iż w przypadku zapewnienia odpowiedniej specyficzności modyfikacji, ich konsekwencje mogą być korzystne dla zdrowia ludzi, zmniejszając np. ryzyko zachorowania na określone choroby. Przeciwnicy podnoszą argument, że takie modyfikacje muszą być rozpatrywane w kontekście funkcjonowania całego genomu, a ich bezpieczeństwo i dalekosiężne konsekwencje są dyskusyjne (Carmi i in., 2025).

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Co jest dopuszczalne w zakresie manipulacji ludzkiego genomu?

Czy prewencyjne edytowanie dziedziczne ludzkiego genomu może być traktowane tak jak szczepienie? Gdy Edward Jenner opracował pod koniec XVIII wieku szczepienie przeciw ospie, wiedza na temat mechanizmów i możliwych konsekwencji była praktycznie żadna (to, że Jenner zastosował swój pomysł w sposób całkowicie niezgodny z dzisiejszymi standardami etycznymi badań klinicznych, jest bezdyskusyjne, ale to były inne czasy). Czy obecnie zmniejszenie ryzyka zachorowania na choroby poprzez manipulacje genetyczne zarodków jest jednak wystarczająco uzasadnione i bezpieczne? Czy dostępne metody są wystarczająco precyzyjne? Obecnie uważa się, że edytowanie dziedziczne genomu jest bardzo ryzykowne i nie można tych metod uznać za wystarczająco bezpieczne, nawet jeśli celem jest zapobieganie śmiertelnym chorobom. Z kolei ograniczenie ryzyka chorób niebędących śmiertelnym zagrożeniem niekoniecznie musi prowadzić do poprawy stanu zdrowia i zwiększenia szansy dłuższego życia. Warianty genów, które miałyby podlegać edycji w zarodkach, mogą się okazać nie w pełni przydatne w innych sytuacjach środowiskowych czy też w konstelacji innych genów, które edycji nie będą podlegać. Niektórzy jednak argumentują, że takie genetyczne ulepszenie będzie poprzedzone i poparte dokładną analizą genomu zarodków mających podlegać modyfikacji (Carmi i in., 2025).

Ocena może być inna, gdy będziemy mieć do czynienia z ciężkimi, nieuleczalnymi chorobami. Naprawa konkretnego genu może być łatwiejsza, a efekty niewątpliwie bardziej przewidywalne. Pozostaje jednak ryzyko efektów ubocznych – nieplanowanej modyfikacji innych genów, której konsekwencje w przypadku manipulacji na zarodkach będą dotyczyć całego przyszłego człowieka. W takiej sytuacji, w celu zapobiegania urodzeniu dziecka ze śmiertelną chorobą, uzasadnioną metodą pozostają genetyczne badania przedimplantacyjne i wybór zarodków, które nie są obarczone mutacją.

Ryzyka związane ze znajomością genomu człowieka

Wiedza na temat genomu indywidualnej osoby może być wykorzystana przez pracodawców czy firmy ubezpieczeniowe w sposób godzący w prawa jednostki. Takie obawy dotychczas nie spełniły się. Czy jednak ochrona prawna będzie wystarczająca w przyszłości?

Istotnym problemem może okazać się posiadanie dostępu do genomów wielu osób, wręcz setek tysięcy ludzi, przez instytucje zajmujące się komercyjnym gromadzeniem komórek, np. krwi pępowinowej. Zwraca się uwagę na ryzyka związane z wykonywaniem globalnych analiz genetycznych w krajach nieposiadających jednoznacznych regulacji zapewniających bezpieczeństwo i ochronę indywidualnych genomów.

Obecne możliwości techniczne pozwalają na sekwencjonowanie genomu człowieka w ciągu kilku godzin, a koszt analizy jest niższy niż 1000 euro. Czy jednak możliwość wykonania czegoś oznacza, że zawsze, gdy tylko są dostępne fundusze i pojawi się taka chęć, należy z tego skorzystać? Czy można oferować analizę wszystkich genów, uzasadniając to prawem do wiedzy człowieka na temat własnego DNA? Czy rodzice mają prawo uzyskiwać pełną wiedzę o genomie swojego dziecka? Czy każdy ma prawo wiedzieć, jakiego stanu swojego zdrowia może się spodziewać za kilka, kilkanaście czy kilkadziesiąt lat? Analizy genetyczne są coraz bardziej precyzyjne, jednak obecnie większość takich przewidywań to ocena statystycznego prawdopodobieństwa tego, co może się zdarzyć w przyszłości. Zatem są dalekie od pewności. Czy taka wiedza jest potrzebna, czy jej posiadanie jest prawem? Czy potrzeba i prawo staną się bardziej uzasadnione wtedy, gdy prawdopodobieństwo przewidywania poprawi się?

Podsumowanie

Oczywiste jest, że zdobycze nauki powinny być wykorzystywane dla dobra ludzi. Bez wątpienia istnieją badania i zastosowania wzbudzające dyskusję, ale standardy etyczne i wymogi bezpieczeństwa są w zasadzie jasne i oparte na przesłankach merytorycznych oraz wiedzy z zakresu biologii molekularnej i genetyki.

Można zaryzykować stwierdzenie, że wśród odpowiedzialnych i empatycznych naukowców i lekarzy nie wzbudzają kontrowersji takie zabiegi i procedury związane z zastosowaniem biotechnologii medycznej jak uzasadniona diagnostyka przedimplantacyjna, prenatalna i postnatalna, terapia genowa oraz szczepionki. Podobnie jak uprawa roślin modyfikowanych genetycznie i żywność z nich otrzymywana. Najważniejsze są korzyści i bezpieczeństwo stosowanych metod dla pacjentów i przyszłych dzieci. Uniwersalna etyka badań naukowych nie powinna się odwoływać do zaleceń jakiejkolwiek religii. Wątpliwości pojawiają się wtedy, gdy wiedza naukowa i medyczna zostaje przesunięta na dalszy plan, a do głosu dochodzi ideologia religijna.

Przy takiej uwadze pojawia się pytanie, czy w sprawach odnoszących się do zastosowania nowych technologii prawo wypowiedzi powinni mieć przede wszystkim naukowcy, bowiem oni są najbardziej kompetentni w zakresie możliwości, ograniczeń i potencjalnych zagrożeń? Z pewnością nie, warunkiem jest jednak, by wszyscy uczestniczący w dyskusji stosowali argumenty racjonalne. Dlatego w rozważaniach unikam odwoływania się do częstego argumentu zakazującego człowiekowi „zabawę w Boga". Taki pogląd nakazywałby bowiem przyjęcie istnienia bytu zwanego „Bogiem" i w dodatku przypisywania sobie zdolności odczytywania pragnień takiego bytu. Jak napisano – „to lekkomyślność lub nieostrożność są godne potępienia, a nie «zabawa w Boga»" (Steinbock & Mentzel, 2024).

Wiedza na temat procesów biologicznych w naszym (i nie tylko naszym) społeczeństwie jest wyjątkowo ograniczona. Nie przyczynia się do tego z pewnością sposób nauczania w polskich szkołach, w których liczba lekcji religii okazuje się większa niż lekcji biologii w trakcie całej nauki. Sprzeciw wielu osób wobec proponowanej edukacji zdrowotnej, podczas której można by omówić takie zagadnienia związane ze współczesnymi technologiami medycznymi jak szczepionki czy zapłodnienie *in vitro*, jest kolejnym przykładem niezrozumienia współczesnych problemów i dominacji ideologii nad zdrowym rozsądkiem. Niewątpliwie wskazuje także na stosunek do wiedzy naukowej, co z pewnością nie napawa optymizmem.

Bibliografia

Bal, J. i in. (2023). XII. Leczenie – praktyka i nadzieje [dział książki]. W: J. Bal (red.), *Genetyka medyczna* (s. 409–456). Warszawa: PWN.

Carmi, S., Greely, H.T., Mitchel, K.J. (2025). Embryo editing for disease is unsafe and unproven. *Nature*, *637*, 554–556.

Cobb, M. (2025). Money and murder: the dark side of Asilomar. *Nature*, *638*, 603–606.

Kimmelman, J. (2008). The ethics of human gene transfer. *Nature Reviews Genetics*, *9*, 239–244.

Dulak, J. (2009). Czy powinniśmy obawiać się terapii genowej. W: W. Galewicz (red.), *Etyczne i prawne granice badań naukowych* (s. 51–58). Kraków: Universitas – Diametros.

Dulak, J. (2020). Światopogląd naukowy biotechnologa. *Nauka Polska. Jej Potrzeby, Organizacja i Rozwój*, *XXIX*, 27–38.

Dulak, J. (2021). Gene therapy. The legacy of Wacław Szybalski. *Acta Biochimica Polonica*, *68*(3), 359–375. DOI: 10.18388/abp.2020_5805

Greely, H.T. (2021). *CRISPR People. The science and ethics of editing humans*. Cambridge: The MIT Press.

Hurlbut, J.B. (2025). Taking responsibility: Asilomar and its legacy. *Science*, *387*, 468–472.

Jolly, H., Aartsma-Rus, A., Bertini, E., De Waele, L., Haberlova, J., Klein, A., Niks, E., & Servais, L. (2025). Gene therapy approval for Duchenne muscular dystrophy: a European perspective. *Lancet*, *405*(10489): 1572–1573.

Piotrowski, R. (2021). Nowa regulacja przerywania ciąży w świetle Konstytucji. *Państwo i Prawo*, *8*, 62–80.

Steinbock, B., & Menzel, P.T. (2024). *Bioetyka. Wszystko, co warto o niej wiedzieć*. Przeł. Z.B. Piętak & J. Zawiła-Niedźwiecki. Warszawa: PWN.

The Human Genome Project. Pobrano z: https://www.genome.gov/human-genome-project (dostęp: 05.06.2025).

Trent, R.J. (2012). DNA Genetic testing. W: *Molecular medicine. Genomics to personalized healthcare* (s. 81–116). Amsterdam: Academic Press.

Watson, J., Berry, A., & Davies, K. (2018). *DNA – historia rewolucji genetycznej*. Stare Groszki: Wydawnictwo CiS.

Oktawian Nawrot
Uniwersytet Gdański
https://orcid.org/0000-0002-9345-1198
https://doi.org/10.35765/slowniki.513

Klonowanie

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Klonowanie to proces mający na celu stworzenie genetycznej kopii pierwowzoru, którym może być fragment DNA, komórka lub cały organizm. Stworzenie owcy Dolly za pomocą metody transferu jądra komórkowego pobranego z komórki somatycznej wywołało dyskusję dotyczącą granic ingerencji człowieka w naturę, w szczególności intencjonalnego wpływania na kształt przyszłych pokoleń.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Idea klonowania organizmów z komórek somatycznych po raz pierwszy przedstawiona została w 1938 roku przez Hansa Spemanna i przez długi czas traktowana była niemalże w kategoriach fantastyki naukowej. Postęp naukowy nie tylko ją urzeczywistnił, ale też umożliwił ingerencję w biologiczne podstawy życia na bezprecedensową skalę.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Rozwój techniki klonowania rodzi fundamentalne pytania dotyczące samej techniki klonowania, jej celu, jak i natury klonu. Wszystkie te pytania odnoszą się przy tym do podstawowych wartości, tak jednostkowych, jak i społecznych, stanowiących fundament współczesnych demokratycznych państw prawa.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Wiele zasygnalizowanych w tekście kontrowersji zostało rozwiązanych poprzez osiągnięcie konsensusu na arenie międzynarodowej. Traktaty międzynarodowe wprost zakazują klonowania reprodukcyjnego, pozostawiając jednocześnie możliwość klonowania terapeutycznego. Z jednej strony rozdwojenie to dowodzi głębokiej niekonsekwencji,

w szczególności braku liczenia się z naturą klonu, z drugiej zaś ukazuje skalę trudności wiążących się z ograniczeniem praktyk będących wynikiem rozwoju biomedycyny, które jednoznacznie naruszają prawa człowieka.

Słowa kluczowe: klonowanie, klonowanie reprodukcyjne, klonowanie terapeutyczne, zabawa w Boga, zakaz klonowania

Definicja pojęcia

Co do zasady przyjście na świat zwierzęcia hodowlanego nie zwiastuje przełomu, a tym bardziej nie przyciąga uwagi światowych mediów ani nie wywołuje burzliwych debat publicznych. Inaczej stało się 5 lipca 1996 roku, kiedy na świat przyszła słynna owieczka Dolly. W przeciwieństwie do naturalnego procesu rozmnażania ssaków Dolly została stworzona w wyniku transferu jądra komórkowego. Komórkę pobrano z gruczołu mlecznego dorosłej owcy, która już nie żyła, a następnie połączono ją z pozbawioną jądra komórką jajową innej owcy. Powstały w ten sposób zarodek umieszczono w macicy matki zastępczej, gdzie rozwinął się w jagnię.

Jak zauważył Ian Wilmut, kierownik zespołu odpowiedzialnego za sklonowanie Dolly, jej narodziny obaliły fundamentalne przekonanie w biologii dotyczące niemożliwości klonowania ssaków z komórek somatycznych. Do momentu ogłoszenia wyników badań w czasopiśmie „Nature" w 1997 roku większość środowiska naukowego uważała to bowiem za niewykonalne. Co więcej, nawet po upublicznieniu sukcesu niektórzy naukowcy wyrażali sceptycyzm co do autentyczności eksperymentu.

Znaczenie narodzin Dolly wykraczało poza sam przełom naukowy. Jak podkreślał Wilmut, rozwój klonowania może w przyszłości wpłynąć na każdy aspekt ludzkiego życia, oferując ludziom bezprecedensową kontrolę nad procesami biologicznymi. Wraz z postępem w tej dziedzinie – stwierdzał Wilmut – granice ludzkich możliwości będą wyznaczane jedynie przez prawa fizyki, logikę oraz poczucie dobra i zła (Wilmut, Campbell & Tudge, 2002, s. 19–21).

Sam termin „klon" wywodzi się z języka greckiego (*klõn, klàdos*) i pierwotnie oznaczał gałązkę lub odrośl. W biologii określa się nim grupę przynajmniej dwóch komórek lub osobników, które są identyczne pod względem genetycznym. Klonami są zarówno komórki powstające w wyniku podziałów mitotycznych, organizmy powstające w wyniku bezpłciowych podziałów komórki macierzystej, jak również bliźnięta jednojajowe (Bartel, 2004, s. 536). W potocznym, a także bioetycznym ujęciu mianem klonu określa się pojedyncze organizmy uzyskane poprzez klonowanie.

Klonowanie to proces mający na celu stworzenie genetycznej kopii pierwowzoru, którym może być fragment DNA, komórka lub cały

organizm. Niniejsze opracowanie koncentruje się na technikach klonowania ssaków, ze szczególnym uwzględnieniem potencjalnych możliwości klonowania istot ludzkich w świetle współczesnych prognoz naukowych.

Analiza historyczna pojęcia

Idea klonowania organizmów z komórek somatycznych po raz pierwszy przedstawiona została w 1938 roku przez Hansa Spemanna, niemieckiego profesora biologii i laureata Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny, w książce *Embryonic Development and Induction*. Sam autor określił ją mianem „fantastycznego eksperymentu" (McKinnell, 1985, s. 27–29).

Pierwsze praktyczne zastosowanie idei Spemanna miało miejsce w 1952 roku, kiedy Robert Briggs i Thomas King dokonali przeszczepu jądra komórkowego z komórek zarodka żaby do pozbawionej jądra komórki jajowej żaby tego samego gatunku. Efektem eksperymentu było uzyskanie 27 kijanek, co oznaczało stworzenie organizmu genetycznie identycznego z organizmem wyjściowym, pomijając proces rozmnażania płciowego. Pomimo niewątpliwego sukcesu doświadczenie Briggsa i Kinga zdawało się jednak obalać możliwość pełnego urzeczywistnienia wizji Spemanna – czyli sklonowania dojrzałego organizmu. Im bowiem starszy był embrion, z którego pobierano jądro komórkowe, tym trudniej było uzyskać prawidłowo rozwijający się klon (Kolata, 2000, s. 75–77).

Swoisty przełom przyniósł rok 1962, w którym John Gurdon przeprowadził transfer jądra komórkowego z komórki nabłonka jelita kijanki do pozbawionego jądra jaja żaby. Uzyskane w ten sposób organizmy były płodne i rozwijały się normalnie, jednak skuteczność samej metody była niska, zaś jądro nie pochodziło od dorosłego osobnika. Z tego też względu jeszcze w latach 80. XX. wieku powszechnie sądzono, że klonowanie ssaków metodą transferu jąder komórkowych pobranych od dojrzałych osobników jest niemożliwe (Wilmut, Campbell, & Tudge, 2002, s. 101; Scott, s. 39). Dopiero w latach 90. XX wieku zespół Iana Wilmuta zdołał sklonować ssaka z komórki dorosłego osobnika, co doprowadziło do narodzin owcy Dolly.

Obecnie wyróżnia się kilka różnych technik klonowania, z których w zasadzie wszystkie nadają się do klonowania zarodków (Cibellio, Lanza, Campbell, & West, 2002). Jedną z prostszych metod jest izolacja blastomerów, czyli komórek powstałych w wyniku bruzdkowania zygoty, które po hodowli *in vitro* mogą zostać wszczepione do macicy.

Znaczącym polskim wkładem w rozwój technik klonowania jest tzw. klonowanie chimerowe. Przypomnijmy, że chimerą jest organizm zbudowany z komórek pochodzących od różnych pod względem genetycznym organizmów. Tego rodzaju organizm w sposób sztuczny stworzył w 1961 roku Andrzej Tarkowski, który po pobraniu blastomerów od białej i czarnej myszy, wyhodował jedną mysz… w paski. W klonowaniu chimerowym dochodzi więc do wymieszania blastomerów pobranych z różnych zarodków (Modliński & Karasiewicz, 1999, s. 32–36).

Inną metodą jest bisekcja zarodków, polegająca na podziale blastocysty na dwie części, które mogą rozwijać się niezależnie.

Jak wyżej wspomniano, transfer jąder komórkowych pozostaje jedyną metodą umożliwiającą sklonowanie dojrzałego organizmu. W technice tej dochodzi do zastąpienia materiału genetycznego oocytu materiałem genetycznym pobranym z zarodków, z komórek płodowych lub z komórek somatycznych osobników dorosłych. Od narodzin Dolly metodą tą sklonowano już wiele zwierząt różnych gatunków, w tym przedstawiciela naczelnych – samca *Maccacus rhesus.* Pomimo iż światowe media regularnie donoszą o rzekomych sukcesach w klonowaniu człowieka, z przyjściem pierwszych klonów na świat włącznie, wiadomości te nie zostały oficjalnie potwierdzone.

Ujęcie problemowe pojęcia

Klonowanie istot ludzkich, zgodnie z jego definicją, może obejmować zarówno tworzenie kopii materiału genetycznego lub biologicznego pochodzącego od przedstawicieli gatunku *Homo sapiens*, jak i tworzenie osobników identycznych pod względem genetycznym. W przypadku klonowania materiału genetycznego praktyka ta nie budzi istotnych zastrzeżeń etycznych ani prawnych. Potencjalne wątpliwości mogą jednak dotyczyć kwestii związanych z autonomią pacjenta, jego bezpieczeństwem, zwłaszcza w kontekście ryzyka związanego z planowaną

interwencją medyczną, a także natury, zakresu i celów procedury, w ramach której dochodzi do klonowania, np. w kontekście terapii genowej. Zastrzeżenia te nie są jednak bezpośrednio związane z samą istotą klonowania.

Znacznie poważniejsze kontrowersje budzi natomiast tworzenie genetycznie identycznych przedstawicieli *Homo sapiens*. Analizując przedmiot tych kontrowersji, można wyróżnić trzy główne kategorie:

- kontrowersje dotyczące techniki klonowania,
- kontrowersje dotyczące celu klonowania,
- kontrowersje dotyczące natury klonu.

Klonowanie istot ludzkich, choć w niektórych jurysdykcjach dopuszczalne prawnie, pozostaje na etapie eksperymentalnym. Efektywność tej technologii jest skrajnie niska i oscyluje wokół granicy błędu statystycznego, co jednak nie zmienia faktu, że jest możliwe. Statystyki wskazują, że mniej niż 1% zarodków powstałych w wyniku transferu jąder komórkowych ma szansę przetrwać do momentu narodzin. Niska wydajność tej metody wiąże się z nieprawidłową ekspresją tzw. genów piętnowanych, co prowadzi do przedwczesnej śmierci zarodków. Przykładem może być proces klonowania owcy Dolly, który wymagał stworzenia 277 zarodków. Dodatkowo klonowanie zwierząt wiąże się z około dziesięciokrotnie wyższym ryzykiem wystąpienia wad wrodzonych. Choć z oczywistych względów brak danych dotyczących skali tego ryzyka u ludzi, można przypuszczać, że jest ono co najmniej równie wysokie (National Research Council, 2002, s. 39–52).

Każde działanie, w tym również klonowanie istot ludzkich, realizowane jest w określonym celu. W tym kontekście klonowanie może służyć reprodukcji lub terapii. W literaturze przedmiotu oraz w przepisach prawnych klonowanie definiowane jest zazwyczaj jako metoda bezpłciowego rozmnażania, co klasyfikuje tę technikę jako jedną z metod medycznie wspomaganej prokreacji. W związku z tym ogólne zastrzeżenia dotyczące medycznie wspomaganej prokreacji odnoszą się również do klonowania. Co więcej, w przypadku klonowania reprodukcyjnego zastrzeżenia te są szczególnie wyraźne. Z tego też względu Kongregacja Nauki Wiary jednoznacznie potępiła tę technikę, uznając ją za moralnie niedopuszczalną:

> Klonowanie człowieka jest ze swej natury niedopuszczalne, gdyż doprowadzając do skrajności zło sztucznego zapłodnienia, ma na celu wytwarzanie nowych istot ludzkich w sposób nie mający żadnego związku z aktem wzajemnego obdarowania dwojga małżonków i jeszcze bardziej radykalnie, bez żadnego związku z płciowością (*Dignitas personae*, par. 28).

Poza kwestiami etycznymi wspólnymi dla technik medycznie wspomaganej porkreacji klonowanie reprodukcyjne rodzi specyficzne problemy.

Przede wszystkim zwraca się uwagę, że próba utworzenia istoty ludzkiej z wykorzystaniem techniki transferu jąder komórkowych jest swoistą uzurpacją przez człowieka władzy zarezerwowanej wyłącznie dla Stwórcy. Często określa się to mianem „zabawy w Boga" (Post, 2004, s. 456–457) przy czym zastrzeżenia kryjące się za przytoczonym sformułowaniem wykraczają poza kontekst religijny i są w istocie wielowymiarowe.

Po pierwsze, powyższy zarzut odnosi się do porządku ontologicznego, w którym jedynie Bóg jest stwórcą i dawcą życia. Proces powstawania nowego życia postrzegany jest jako współdziałanie czynników przyrodzonych i nadprzyrodzonych, zaś ingerencja technologiczna w ten proces odbierana jest jako naruszenie odwiecznego porządku. Co więcej, za jej sprawą dochodzi do zastąpienia wymiaru transcendentnego tym, co immanentne. Stworzenie istoty ludzkiej w wyniku transferu jąder komórkowych odczytane zatem może być jako naruszenie ustalonego porządku, skażenie stworzenia, a wręcz pozbawienie go czynnika współkonstytuującego.

Jak wspomniano wyżej, zarzut „zabawy w Boga" można rozpatrywać także poza kontekstem religijnym. Z powodzeniem może się on odnosić się do zakłócenia naturalnego, społecznego czy nawet prawnego porządku, który opiera się na swoistej tajemnicy związanej z powstawaniem życia. Zauważyć bowiem należy, że rozmnażanie płciowe wiąże się z elementem przypadkowości i brakiem kontroli nad genotypem potomstwa, co ma dalekie konsekwencje społeczno-prawne, a nawet polityczne. Idea praw człowieka, oparta na przekonaniu o równości, czerpie w dużej mierze właśnie z przypadkowości ludzkiego powstania. Pełna kontrola nad tym procesem, jaką oferuje klonowanie, może zatem zaburzyć fundamenty wskazanych porządków. Jak zauważa Jürgen Habermas, możliwość tworzenia ludzi według określonego „szablonu"

doprowadziłaby do zachwiania wiary w ich równy status normatywny, co z kolei mogłoby doprowadzić do przemodelowania demokratycznych struktur społeczno-politycznych (Habermas, 2003, s. 71).

Kwestia klonowania wpływa również na tradycyjne więzi rodzinne. Dziecko-klon nie posiadałoby bowiem tradycyjnych rodziców biologicznych. Czy za matkę biologiczną uznać można będzie kobietę, od której pobrany zostanie oocyt w celu pozbawienia go jądra komórkowego? Czy rodzicem będzie osoba, od której transferuje się jądro komórkowe? Jeśli tak, to kim: ojcem czy matką? Czy płeć dawcy w tym wypadku może lub powinna mieć pierwszoplanowe znaczenie dla określenia jego roli społecznej? Czy klon może posiadać drugiego rodzica? Czy klon, który będzie genetyczną kopią innej osoby, w ogóle może być uznany za jej potomstwo, wszak z genetycznego punktu widzenia jest bliźniakiem osoby, od której pobrano jądro komórkowe? (Chyrowicz, 1999, s. 128–130).

Relacje międzyludzkie, zwłaszcza rodzinne, opierają się na różnorodności i indywidualności jednostek. Dziecko-klon z definicji nie będzie jednostką niepowtarzalną, co może wpłynąć na kształtowanie relacji społecznych.

Z drugiej strony zauważyć należy, że zarzuty związane z „zabawą w Boga" często odwołują się do konserwatywnego podejścia, zgodnie z którym to, co znane i uznane, jest lepsze od tego, co nieznane i niepewne. Jednak człowiek od zawsze przekraczał granice, co napędzało rozwój naukowy i technologiczny. Niektóre działania uznawane niegdyś za etycznie wątpliwe z czasem okazywały się postępem nie tylko technologicznym, ale również moralnym. W przyszłości człowiek i struktury społeczne mogą ulec dalszym zmianom, podobnie jak różnią się one dziś od tych z przeszłości (Post, 2004, s. 457).

Podsumowując, zarówno argumenty za klonowaniem, jak i przeciw niemu, bazujące na argumencie „zabawy w Boga", odwołują się do określonych wizji natury i porządku społecznego. Nie jest przy tym zaskoczeniem, że zarówno przyroda, jak i społeczeństwa oraz tworzące je jednostki funkcjonują zgodnie z pewnymi zasadami. Niewątpliwie zasady te, przynajmniej w określonych granicach, podlegać mogą zmianom. Prawdą w końcu jest, że część z tych zmian uznana może zostać za pożądaną, część za niepożądaną. To ostatnie uzależnione z reguły jest od konkretnego światopoglądu, uznawanego systemu

wartości i związanej z nimi polityki. W kontekście ogólnego dyskursu dotyczącego wartości postępu w zakresie biomedycyny, a zwłaszcza możliwości podejmowania określonej aktywności naukowo-badawczej, a następnie wprowadzania pewnych praktyk, zalecana jest oczywiście daleko posunięta ostrożność. Ostrożność ta wymaga, aby przed zmianą tego, co zastane, należycie wykazać wartość tego, co proponowane. Dokonany bilans powinien obejmować tak spodziewane korzyści, jak i możliwe straty – społeczne, ekonomiczne, a także moralne, zaś ewentualna nadwyżka korzyści nad stratami, w szczególności pozostającymi bez związku z moralnością nad moralnymi, nie może stanowić jedynej przesłanki dla ich wprowadzania.

Kolejną grupę problemów związanych z klonowaniem reprodukcyjnym stanowią pytania dotyczące jego zgodności z koncepcją tzw. wolności prokreacyjnej (Sparrow, 2009, s. 103–105). Analizując tę kwestię, należy zastanowić się, czy wolność prokreacyjna odnosi się wyłącznie do naturalnych metod rozmnażania płciowego, czy również obejmuje inne metody, takie jak klonowanie z wykorzystaniem techniki transferu jąder komórkowych. Jeśli przyjmiemy, że prokreacja może być realizowana za pomocą różnych technik, których celem jest poczęcie dziecka, to ich „naturalność" nie powinna być kluczowym kryterium oceny. W tym ujęciu godziwość metody wynikałaby z godziwości celu, który ma być osiągnięty. Krytycy tego podejścia wskazują jednak, że jest ono zbyt bliskie makiawelicznemu przekonaniu, iż „cel uświęca środki". W etyce bowiem wartość celu nie usprawiedliwia automatycznie wartości zastosowanych środków. Przykładem może być sytuacja, w której narodziny dziecka, choć same w sobie pozytywne, nie mogą usprawiedliwiać aktu gwałtu, który do nich doprowadził.

Zwolennicy klonowania reprodukcyjnego zadają jednak pytania dotyczące potencjalnej szkody wynikającej z tej techniki. Czy samo zastosowanie sztucznej prokreacji, w tym klonowania, przynosi komukolwiek rzeczywistą szkodę? Czy fakt przyjścia na świat dziecka powstałego wskutek transferu jądra komórkowego może być klasyfikowany w kategoriach szkody dla niego? Czy większą szkodą nie jest ryzyko związane z naturalną loterią genetyczną? Czy rodzina, która zdecydowała się na klonowanie, będzie mniej kochać dziecko-klon lub cierpieć z powodu jego pochodzenia?… Odpowiedzi na te pytania nie są jednoznaczne ani jednoznacznie pozytywne, ani negatywne.

Rozważając klonowanie reprodukcyjne w kontekście wolności prokreacyjnej, należy jednakże zwrócić uwagę na jego specyfikę. Klonowanie jest formą rozmnażania bezpłciowego, podczas gdy inne metody medycznie wspomaganej prokreacji zawsze uwzględniały udział gamet pochodzących od osób obojga płci. W klonowaniu nie dochodzi do interakcji seksualnej nawet na poziomie komórek rozrodczych, gdyż cały materiał genetyczny pochodzi od jednej jednostki. Oznacza to, że klonowanie stanowi całkowicie nową formę tworzenia istot ludzkich. Jeśli zaś określone działanie znacznie różni się od tych, które obejmuje dana norma, można zasadnie przypuszczać, że norma ta go nie odnosi się do niego. W konsekwencji należy uznać, że klonowanie reprodukcyjne nie mieści się w zakresie wolności prokreacyjnej, a zatem konieczna jest odrębna analiza prawna i etyczna tej technologii (Cohen, 2004, s. 187).

Drugim obok reprodukcyjnego celem klonowania jest terapia. Klonowanie terapeutyczne polega na stworzeniu organizmu bliźniaczego w innym celu aniżeli prokreacja. Zazwyczaj uzyskany klon zostaje uśmiercony na etapie blastocysty i staje się źródłem komórek macierzystych wykorzystywanych do celów leczniczych lub badawczych.

Mimo odmiennych celów klonowanie terapeutyczne nie różni się od klonowania reprodukcyjnego. Pojawiają się wręcz opinie, że klonowanie terapeutyczne jest formą klonowania reprodukcyjnego zakończonego intencjonalnym uśmierceniem organizmu w najwcześniejszych stadiach rozwojowych. Kongregacja Nauki Wiary w instrukcji *Dignitas personae* potępiła tę praktykę, stwierdzając:

> Jeszcze groźniejsze z punktu widzenia etycznego jest tzw. klonowanie terapeutyczne. Tworzenie embrionów z zamiarem ich zniszczenia, nawet jeśli przyświeca temu intencja niesienia pomocy chorym, jest całkowicie niezgodne z godnością człowieka, ponieważ czyni z życia istoty ludzkiej, choć jest ona w stadium embrionalnym, jedynie narzędzie do wykorzystywania i zniszczenia. Poświęcenie ludzkiego życia dla celów terapeutycznych jest głęboko niemoralne (*Dignitas personae*, par. 30).

Zwolennicy klonowania terapeutycznego przyjmowany punkt widzenia uzasadniają z reguły za pomocą argumentów natury metafizycznej. Mianowicie stwierdzają oni, że moralny i ontyczny status ludzkiego zarodka jest różny od statusu istoty ludzkiej znajdującej się w późniejszych stadiach rozwojowych – jest to *de facto* potencjalne ludzkie życie, które nie wymaga szacunku tego samego rodzaju, jaki należy

się zaktualizowanemu życiu ludzkiemu. Ewentualna szersza ochrona życia rozpoczynać się może najwcześniej wraz z początkiem ciąży, czyli implantacją zarodka w macicy kobiety (Mitcham, 2005, s. 941). Nazwanie tego argumentu metafizycznym pomimo jego oparcia na określonych faktach biologicznych nie jest przypadkowe. W istocie bowiem stwierdzenie, że życie ludzkie, a tym samym istnienie istoty ludzkiej, wiąże się z określonym procesem, różnym od jego biologicznej natury, lecz niewątpliwie służącym jego wsparciu, jest czymś, co wykracza poza argumenty typowo „przyrodnicze", czy – jak mówili starożytni – fizyczne. Tym samym wspiera się ono na argumentach pozafizycznych, czyli metafizycznych. Słabość tego rodzaju argumentu wiąże się ponadto z całkowitym sprzężeniem wizji natury ludzkiej z postępem naukowo-badawczym. Zauważmy bowiem, że ewentualność przyznania zarodkowi ludzkiemu statusu moralnego różnego np. od statusu płodu bezpośrednio związana jest z możliwością wyprowadzenia jego rozwoju poza naturalne dla niego środowisko, czyli ustrój kobiety. Zarodek znajdujący się „w szkle" ma więc posiadać status różny od zarodka znajdującego się *in vivo.* Pomijając fakt, że miejsce położenia okazałoby się znaczące moralnie, a nawet ontycznie, nie sposób nie dostrzec, iż postęp naukowy doprowadzić może do sytuacji, w której pełna ektogeneza będzie w zasięgu możliwości. Czy tym samym uznać będzie należało, że przez cały okres rozwoju prenatalnego w środowisku sztucznym zarodek, a następnie płód, posiada odmienny status moralny, ontyczny, a być może i prawny niż rozwijające się *in utero* istoty ludzkie?

Przytoczony wyżej argument zwolenników klonowania terapeutycznego ulega wzmocnieniu, jeśli fakt uzyskania przez niego określonego statusu powiązany zostaje z biologicznym rozwojem istoty ludzkiej. Tym samym, jeśli nie tyle na proces implantacji, ile na jej biologiczne ujednostkowienie związane z wykształceniem smugi pierwotnej, *notabene* przypadające na zakończenie procesu implantacji, położony zostanie nacisk, wówczas możliwość wykorzystania wczesnych embrionów dla celów terapeutycznych, badawczych lub innych niezwiązanych z reprodukcją, zostanie w pewnym stopniu uzasadniona (Nawrot, Nienarodzony, s. 134–151). Zaistnienie niepowtarzalnego ludzkiego genotypu, sprzężonego z faktem poczęcia nowej istoty ludzkiej, w zależności od interpretacji konstytutywnych cech indywiduum ludzkiego, może z tej perspektywy okazać się mniej istotne aniżeli jego determinacja ontologiczna.

Dyskusja wokół godziwości technik klonowania terapeutycznego związana jest z ogromnymi nadziejami dotyczącymi perspektyw ich wykorzystania. Komórki macierzyste pozyskiwane z wczesnych embrionów mogą służyć do regeneracji uszkodzonych tkanek i narządów, takich jak serce, nerki, wątroba czy tkanki nerwowe. Jednakże możliwości ich pozyskiwania są ograniczone. Rozwój technik klonowania istot ludzkich mógłby w znacznym stopniu rozwiązać problem niedoboru źródeł komórek macierzystych. Ponadto stosowanie komórek macierzystych pochodzących ze sklonowanego embrionu wyeliminowałoby ryzyko niezgodności immunologicznej pomiędzy dawcą a biorcą, co jest jedną z głównych przeszkód w efektywności transplantacji.

Perspektywy związane z klonowaniem terapeutycznym, szczególnie w połączeniu z rozwojem inżynierii genetycznej, są niezwykle obiecujące. Jednak ich realizacja wiąże się z koniecznością całkowicie przedmiotowego traktowania sklonowanej istoty ludzkiej, co koliduje z przysługującą jej godnością.

Instrumentalizacja i naruszenie godności klonu stanowią kluczowe problemy w dyskusji nad jego naturą. Naturalna prokreacja, a także niektóre formy medycznie wspomaganej prokreacji są otwarte na dziecko jako wartość autoteliczną. W klonowaniu reprodukcyjnym dochodzi jednak do przewartościowania – cechy drugorzędne, takie jak wygląd czy inteligencja, stają się wartościami podstawowymi. Zwolennicy klonowania reprodukcyjnego w tym kontekście argumentują m.in., że umożliwia ono rodzicom „zastąpienie" zmarłego dziecka genetycznie identyczną kopią. Jednak trudno nie zauważyć, że takie podejście koncentruje się nie na samym dziecku, lecz pragnieniach rodziców, którzy chcą odtworzyć cechy „pierwowzoru", a w konsekwencji klon staje się bardziej przedmiotem aniżeli podmiotem (Chyrowicz, 1999, s. 211–220). Klonowanie reprodukcyjne, nastawione na odtworzenie określonej osoby, ignoruje zatem indywidualność i niepowtarzalność jednostki.

Najbardziej jaskrawym przykładem instrumentalizacji istoty ludzkiej jest niewątpliwie klonowanie terapeutyczne. Nowa istota zostaje bowiem powołana do życia wyłącznie w celu dostarczenia materiału biologicznego, bez jakichkolwiek szans na dalszy rozwój. Mówienie w tym kontekście o godności istoty ludzkiej całkowicie traci sens.

Krytycy klonowania wskazują również na dehumanizację klonu poprzez celowe ograniczenie jego autonomii. Chociaż genotyp nie

determinuje w pełni fenotypu, wyznacza granice rozwoju jednostki (Hansson, Cederblad, Lichtenstein, Reiss, Pedersen, Belderhiser, & Elthammar, 2008, s. 537 – 551). W przypadku naturalnego poczęcia genotyp jest wynikiem niekontrolowanych przez nas procesów, podczas gdy w klonowaniu jest świadomym wyborem, co stanowi etycznie i prawnie istotną różnicę.

Fakt bycia „genetyczną kopią" może również wywołać obciążenia psychiczne. Akceptacja dziecka-klonu przez osoby trzecie może zależeć od jego zdolności do odrzucenia własnej tożsamości i podporządkowania się narzuconemu wzorcowi. Dziecko-klon może więc uznać, że „bycie dobrym" oznacza jak największe upodobnienie się do pierwowzoru, zaś otoczenie wspierać będzie tego rodzaju postawę.

Krytycy klonowania reprodukcyjnego podkreślają zatem, że każda istota ludzka ma „prawo do otwartej przyszłości" oraz „prawo do niewiedzy". Prawo to oznacza, że jednostka powinna mieć możliwość, w swoim unikalnym biologicznym kształcie, do pełnej autodeterminacji – swobodnego wyboru ścieżki życiowej, którą pragnie podążać. Przyszłość istoty ludzkiej nie powinna być z góry narzucona w sposób, który odbierałby jej możliwość krytycznego odniesienia się do niej i świadomego wpływania na jej przebieg. Tymczasem klonowanie nakładać może na naturę jednostki kajdany, których ta nigdy nie będzie w stanie zrzucić. Co więcej, kajdany te zostaną intencjonalnie ukute przez jej twórców, aby już zawsze w nich chodziła.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Trudno nie dostrzec, że kontrowersje dotyczące techniki klonowania istot ludzkich w ostatnich latach zepchnięte zostały na margines debaty bioetycznej. Powodem tego nie było nienależyte docenienie, lecz wypracowanie konsensusu międzynarodowego. Zauważyć bowiem należy, że klonowanie jest przedmiotem licznych regulacji prawnych, tak krajowych, jak i międzynarodowych.

Już w 1982 roku Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy przyjęło zalecenie 934 (1982) dotyczące inżynierii genetycznej, wprowadzając do porządku prawnego prawo do dziedziczenia struktury genetycznej,

która nie została sztucznie zmieniona. W kolejnych latach, w zaleceniach 1046 (1986) i 1100 (1989), podkreślono konieczność wprowadzenia zakazu tworzenia identycznych istot ludzkich za pomocą technik klonowania lub jakiejkolwiek innej metody, zarówno w celu selekcji rasowej, jak i z innych powodów. Zakaz ten obejmował także wykorzystywanie metod sztucznej prokreacji do tworzenia identycznych bliźniąt.

Szczególny punkt odniesienia w systemie ochrony praw człowieka Rady Europy stanowi naturalnie Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, nazywana powszechnie Europejską Konwencją Bioetyczną. Już sam jej tytuł wskazuje na główny cel traktatu, jakim jest ochrona godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny. W tym świetle klonowanie nie może być uznane za technikę zgodną z ochroną praw człowieka. Podobne wnioski wynikają również z analizy szczegółowych przepisów Konwencji.

Aktem bezpośrednio poświęconym problematyce klonowania istot ludzkich w systemie traktatowym Rady Europy jest Protokół dodatkowy do Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny dotyczący zakazu klonowania istot ludzkich. Już sam tytuł Protokołu, który łączy terminy „klonowanie", „istota ludzka" i „zakaz", jednoznacznie wskazuje na negatywną ocenę tej technologii. W preambule tego dokumentu podkreślono zaś, że instrumentalizacja istot ludzkich poprzez celowe tworzenie genetycznie identycznych osób jest sprzeczna z ludzką godnością i stanowi nadużycie biologii i medycyny.

Mając na uwadze powyższe oraz fakt, że celem Europejskiej Konwencji Biomedycznej jest ochrona godności i tożsamości wszystkich istot ludzkich, sygnatariusze Protokołu uzgodnili, że wszelka interwencja mająca na celu stworzenie istoty ludzkiej genetycznie identycznej z inną istotą ludzką jest zakazana. Bez znaczenia przy tym pozostaje, czy pierwowzór genetyczny żyje czy też nie.

Pomimo stanowczości postanowień Protokołu, zakaz w nim zawarty nie obejmuje wszystkich form klonowania. W sprawozdaniu wyjaśniającym do Protokołu Komitet Kierujący ds. Bioetyki rozróżnił:

- technikę klonowania komórek,
- użycie komórek embrionów w technice klonowania,
- klonowanie istot ludzkich.

Następnie Komitet wskazał, że technika klonowania komórek i tkanek jest praktyką biomedyczną akceptowalną z etycznego punktu widzenia. Użycie komórek embrionów ze względu na kontrowersje wokół klonowania embrionalnych komórek macierzystych powinno podlegać regulacjom prawnym. Najwłaściwszym rozwiązaniem wydaje się przygotowanie kolejnego protokołu dotyczącego ochrony embrionu *in vitro*, jednakże do dnia dzisiejszego nie powstał nawet projekt takiego dokumentu. Trzecia z możliwości, czyli klonowanie istot ludzkich, będące przedmiotem Protokołu, podlega zaś całkowitemu zakazowi.

W konsekwencji z zakresu regulacji Protokołu wyłączono dwie pierwsze możliwości. Komitet Kierujący ds. Bioetyki podkreślił ponadto, że klonowanie jako technika biomedyczna jest istotnym narzędziem rozwoju medycyny, zwłaszcza w zakresie nowych form terapii. Można to interpretować jako akceptację badań nad klonowaniem komórek i tkanek dla celów leczniczych, a także – w określonych granicach – wykorzystania dla celów klonowania komórek embrionalnych. Podobnie dopuszczalne wydaje się stosowanie technik klonowania w celach diagnostycznych (Nawrot, 2011, s. 385–397).

Należy odnotować, że rozwiązania traktatowe przyjęte w ramach Rady Europy wpisują się harmonijnie w uniwersalne ramy ochrony praw człowieka Organizacji Narodów Zjednoczonych. Artykuł 11 Powszechnej Deklaracji w sprawie genomu ludzkiego i praw człowieka z 11 listopada 1997 roku stanowi:

> praktyki sprzeczne z ludzką godnością, takie jak reprodukcyjne klonowanie istot ludzkich, nie mogą być dozwolone. Wzywa się Państwa i kompetentne organizacje międzynarodowe do zidentyfikowania tego rodzaju praktyk oraz do podjęcia – na szczeblu krajowym i międzynarodowym – środków koniecznych do zapewnienia, by przestrzegane były zasady zawarte w niniejszej Deklaracji.

Jednocześnie artykuł 12 podkreśla, że korzyści wynikające z postępu w biologii, genetyce i medycynie, dotyczące genomu ludzkiego, powinny być dostępne dla wszystkich. Wolność badań, jako warunek konieczny dla postępu, stanowi integralną część wolności myśli. Zastosowania badawcze, obejmujące dziedziny biologii, genetyki i medycyny związane z genomem ludzkim, powinny zmierzać do łagodzenia cierpienia oraz poprawy zdrowia jednostek i całej ludzkości.

Konsekwentnie należy stwierdzić, że wspólnota międzynarodowa jednoznacznie potępia wykorzystywanie procedur klonowania w celach reprodukcyjnych. Jednocześnie pozostawia otwartą przestrzeń dla badań naukowych i zastosowań medycznych, które mogą przyczynić się do rozwoju terapii i poprawy zdrowia, pod warunkiem poszanowania godności ludzkiej.

Biorąc pod uwagę brak różnic w zakresie istoty klonowania reprodukcyjnego i terapeutycznego, nie sposób nie dostrzec posuniętej do granic niekonsekwencji twórców regulacji międzynarodowych. Nie potrzeba wszak głębokich analiz, aby dostrzec, że formułowane przez nich zastrzeżenia dotyczące techniki klonowania reprodukcyjnego, w pełni, a częstokroć nawet z większą siłą, odnoszą się do klonowania terapeutycznego. Cóż, nie pierwszy to raz, gdy decyzje polityczne zaburzają porządek prawny, także w jego warstwie aksjologicznej.

Z drugiej jednak strony z uznaniem należy przyjąć jednoznaczność regulacji prawnych dotyczących klonowania reprodukcyjnego. Wyraźne osadzenie ich w fundamentalnych dla demokratycznego państwa prawa instytucjach oraz powiązanych z nimi wartościach, w szczególności godności istoty ludzkiej oraz ochronie jej tożsamości, było bardzo istotnym krokiem, który – jak wyżej wspomniano – znacząco ograniczył obszar dyskursu w tym zakresie. Wspólnota międzynarodowa zdołała więc doprowadzić do objęcia zakazem tego rodzaj klonowania, który jednoznacznie narusza podstawowe prawa człowieka, nie zamykając jednocześnie drogi do dalszych regulacji w miarę wypracowywania konsensusu. Jednocześnie wskazać należy, że dalsze ograniczenia w zakresie klonowania częstokroć są wynikiem decyzji ustawodawców krajowych. Tytułem przykładu w Polsce, stosownie do art. 25 ust. 3 ustawy z 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności, niedopuszczalne jest tworzenie zarodka, którego informacja genetyczna w jądrze komórkowym jest identyczna z informacją genetyczną w jądrze komórkowym innego zarodka, płodu, człowieka, zwłok lub szczątków, bez względu na cel takiej procedury. Co więcej, zgodnie z art. 87 wspomnianej ustawy ten, kto tworzy opisany wyżej zarodek, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 5. Zauważyć również warto, że art. 40 Kodeksu etyki lekarskiej wprowadza jednoznaczny zakaz uczestniczenia przez lekarza, asystowania lub udzielania wsparcia w wykonywaniu procedur klonowania ludzi dla celów reprodukcyjnych lub terapeutycznych.

Bibliografia

Bartel, H. (2004). *Embriologia. Podręcznik dla studentów*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Chyrowicz, B. (1999). *Klonowanie człowieka. Fantazje – zagrożenia – nadzieje*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Cibelli, J., Lanza, R.P., Campbell, K.H.S., & West, M.D. (2002). *Principles of Cloning*. San Diego, London: Academic Press.

Cohen, C.B. (2004). The Ethics of Human Reproductive Cloning: When World Views Collide. *Accountability in Research: Policies and Quality Assurance*, *11*(3-4), 189–199.

Habermas, J. (2003). *Przyszłość natury ludzkiej. Czy zmierzamy do eugeniki liberalnej?*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Hansson, K., Cederblad, M., Lichtenstein, P., Reiss, D., Pedersen, N., Belderhiser, J., & Elthammar, O. (2008). Individual Resiliency Factors from a Genetic Perspective: Results from a Twin Study. *Family Process*, *47*(4), 537–551.

Kolata, G. (2000). *Klon. Dolly była pierwsza*. Warszawa: Prószyński i S-ka.

McKinnell, R.G. (1985). *Cloning of Frogs, Mice, and Other Animals*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Mitcham, C. (2005). *Encyclopedia of Science, Technology, and Ethics*. Detroit: Macmillan Reference USA.

National Research Council (2002). *Scientific and Medical Aspects of Human Reproductive Cloning*. Washington: National Academic Press.

Nawrot, O. (2007). *Nienarodzony na ławie oskarżonych*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Nawrot, O. (2011). *Ludzka biogeneza w standardach bioetycznych Rady Europy*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.

Post, G. (2004). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Macmillan Library Reference.

Scott, C.T. (2008). *Czas komórek macierzystych. Krótki wstęp do nadchodzącej medycznej rewolucji*. Gliwice: C.K.A.

Sparrow, R. (2009). Therapeutic Cloning and Reproductive Liberty. *Journal of Medicine and Philosophy*, *34*(2), 102–118.

Wilmut, I., Campbell, K., Tudge, C. (2002). *Ponowny akt stworzenia. Dolly i era panowania nad biologią*. Poznań: Rebis.

Paweł Bortkiewicz
Akademia Kultury Społecznej i Medialnej w Toruniu
https://orcid.org/0000-0002-8851-4254
https://doi.org/10.35765/slowniki.567

Zapłodnienie *in vitro*

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: *In vitro* to zapłodnienie pozaustrojowe, które polega na doprowadzeniu do połączenia komórki jajowej i plemnika poza organizmem kobiety w warunkach laboratoryjnych i transferze zarodka do macicy kobiety. Obejmuje szereg szczegółowych i rozwijających się technik – w perspektywie gametogenezę *in vitro*.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Historia zapłodnienia pozaustrojowego wiąże się z narodzinami pierwszego „dziecka z probówki" Louise Brown w 1978 r. Poprzedzona jednak była badaniami i eksperymentami z zakresu embriologii, badań nad plemnikami i komórkami jajowymi, w szczególności osiągnięciami w zakresie zamrażania plemników i prac nad sztuczną inseminacją. Można dostrzec związek wspomnianych badań z marzeniami ludzkości dotyczącymi możliwości tworzenia człowieka wyrażanymi w wielowiekowej kulturze.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Zapłodnienie pozaustrojowe *in vitro* należy do zagadnień budzących ogromne spory. Koncentrują się one wokół rozumienia wolności i autonomii człowieka, wokół godności osoby ludzkiej, oceny etycznej podejmowanych czynów. Elementem tych sporów są dyskusje na temat dobra dziecka poczętego drogą *in vitro* i możliwości jego rozwoju, a także problemu macierzyństwa zastępczego, jak również kwestii finansowania tej techniki.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Spory wokół *in vitro* przybierają często dramatyczny wydźwięk w związku ze zróżnicowaniem terminologicznym – chodzi o pojęcia reprodukcji

bądź terapii. Kluczowe pozostaje niezmiennie podjęcie możliwości konsensusu dotyczącego statusu zarodka ludzkiego. Istotną wreszcie kwestią jest wprowadzenie do debaty pojęcia naprotechnologii jako potencjalnie alternatywnej szansy dla niepłodnych par.

Słowa kluczowe: sztuczne zapłodnienie *in vitro*, status zarodka ludzkiego, reprodukcja, prokreacja, godność osoby

Definicja pojęcia

In vitro to zapłodnienie pozaustrojowe (zapłodnienie *in vitro*, *In Vitro Fertilization*, IVF), które polega na doprowadzeniu do połączenia komórki jajowej i plemnika poza organizmem kobiety w warunkach laboratoryjnych. Powstały tą drogą zarodek zostaje przeniesiony do żeńskiego układu rozrodczego i umieszczony w macicy. Technika *in vitro* przynależy do zbioru metod wspomaganego rozrodu i traktowana bywa jako metoda „ostatniej szansy" leczenia niepłodności, choć nie zawsze podejmowana jest po wyczerpaniu innych metod zabiegowych czy farmakologicznych.

Standardowa procedura IVF składa się z kilku etapów. Pierwszy dotyczy kontrolowanej terapii hormonalnej mającej na celu wywołanie w jajnikach wzrostu i równocześnie rozwoju wielu pęcherzyków Graffa, by w ten sposób uzyskać wiele komórek jajowych w trakcie jednego cyklu miesięcznego. Etap drugi ma charakter typowo biotechnologiczny i oznacza pobranie z jajników komórek jajowych i ich zapłodnienie plemnikami. Tradycyjną metodą pozyskiwania plemników jest masturbacja. Czasami stosuje się elektro- albo mikrostymulację ejakulacji. W niektórych przypadkach plemniki poddane są kriokonserwacji i wykorzystywane po rozmrożeniu.

W zależności od wskazań medycznych stosuje się metodę klasycznego zapłodnienia pozaustrojowego (metodę konwencjonalną – *conventional in vitro fertilization*, cIVF), w której do komórek jajowych umieszczonych na płytce laboratoryjnej dodaje się plemniki przy zachowaniu stosownych proporcji ok. 50–100 tysięcy plemników na jedną komórkę jajową, albo docytoplazmatyczną iniekcję plemnika (*intracytoplasmatic sperm injection*, ICSI), zwaną mikromanipulacją. Wymusza się w niej połączenie gamet płciowych przez wprowadzenie pod mikroskopem za pomocą mikromanipulatorów i specjalnych igieł plemnika wprost do cytoplazmy komórki jajowej. Jeszcze inną metodą jest IMSI (*intracytoplasmic morphologically selected sperm injection*), docytoplazmatyczne podanie wyselekcjonowanego morfologicznie plemnika, co oznacza uprzednią selekcję plemników przed ich połączeniem z komórkami jajowymi.

W wyniku tych działań tworzy się tzw. hodowlę zarodków ludzkich w inkubatorze, gdzie ich rozwój jest codziennie kontrolowany. Całość

wieńczy wykonanie transferu zarodków do macicy. Według zaleceń organizacji międzynarodowych oraz rekomendacji przyjętych przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne i Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu w przypadku kobiet młodych transferuje się od jednego do dwóch. U pacjentek starszych, po 40. roku życia, stosowane jest przeniesienie do macicy trzech embrionów.

W świetle istniejących przepisów prawnych z reguły przyzwala się, aby w tym ogólnym schemacie zapłodnienia pozaustrojowego były wykorzystywane zarówno komórki rozrodcze pochodzące z pary poddającej się tej technice, jak i z wykorzystaniem osób trzecich. Oznacza to sytuacje, w których powstające dziecko może posiadać ojca genetycznego (dawcę plemników), matkę genetyczną (dawczynię komórek jajowych), matkę biologiczną (w przypadku wykorzystania dodatkowo matki zastępczej, tzw. surogatki) oraz rodziców prawnych. Problem korzystania z matki zastępczej wskazuje na pełnienie przez kobietę funkcji prokreacyjnej, polegającej na donoszeniu ciąży i urodzeniu dziecka.

Ekspansja tzw. medycyny reprodukcyjnej obejmującej swoim zakresem zabiegi *in vitro* pozwala korzystać z nieznanych wcześniej rozwiązań w postaci np. laboratoryjnego tworzenia *human ovarian organoid* (*ovaroid*) – wyhodowanego laboratoryjnie ludzkiego organoidu jajnikowego czy gametogenezy *in vitro* (IVG).

W procesie reprodukcji *in vitro* wykorzystane mogą być zarówno gamety i zarodki powstałe w wyniku świeżego połączenia, jak i powstałe z użyciem uprzednio zamrożonego nasienia.

Jak można zauważyć, w całej procedurze *in vitro* ważnym elementem jest monitorowanie rozwoju zapłodnionych zarodków od najwcześniejszego momentu ich istnienia i dokonywanie selekcji zarodków nieprawidłowych. W zależności od regulacji prawnych obowiązujących w danym państwie zamraża się je, przeznacza do badań naukowych albo niszczy. Podobnie postępuje się z zarodkami niewykorzystanymi do dalszego rozwoju, z tym że może z nich później skorzystać niepłodna para – mogą to być dawcy komórek rozrodczych, możliwe jest też przekazanie zarodków do adopcji innej parze (innej kobiecie).

W literaturze bioetycznej zwraca się uwagę, że w większości państw stosowanie zapłodnienia *in vitro* jest legalne, choć istnieją różnice co do warunków dostępności źródeł finansowania tej procedury i wykorzystywania w niej materiałów rozrodczych osób trzecich. Niekiedy pojawiają

się sytuacje, jak chociażby wybuch wojny na Ukrainie, który odsłonił ogromne centrum światowe surogacji w tym państwie, co skłania do stawiania bardziej fundamentalnych pytań. Nie wydaje się zatem sprawą zamkniętą etyczna kwestia dopuszczalności samego zapłodnienia *in vitro* jako takiego, choć próbuje się niejednokrotnie uznać ją za rozstrzygniętą.

Analiza historyczna pojęcia

Pojęcie *in vitro* dotyczy zabiegu wykonywanego współcześnie, ale wpisuje się ono w dawne projekty kulturowe do niedawna nieosiągalne. Pomysł wytworzenia człowieka pojawia się po raz pierwszy w żydowskiej kabale wraz z ideą golema, która wiązała się z uporządkowanym recytowaniem wszelkich możliwych stwórczych układów liter w celu stworzenia homunculusa. W jednej z wersji mitu o golemie w XIII w. wyprodukowany *homunculus* zrywa ze słowa EMETH (prawda) pierwszą literę *aleph*, co zmienia na jego czole w miejsce napis: „Bóg Jahwe jest Prawdą", na motto: „Bóg umarł".

Najbardziej znaną wizję homunculusa przedstawił Johann W. Goethe w drugiej części „Fausta". Pod nieobecność wielkiego Doktora Fausta jego sługa Wagner pragnie dokonać mistrzowskiego wyczynu. Przedstawia z dumą projekt Mefistofelesowi słowami (Goethe, 1953, s. 115–118):

WAGNER

[...] za chwilę coś wielkiego się stanie!
MEFISTOFELES
No, cóż takiego?
WAGNER
Robię człowieka.
MEFISTOFELES
Człowieka? Z kim? ach pewnie parkę miłą
zwabiłeś do tej nory – nie dojrzę z daleka.
WAGNER
Broń Boże! Przestarzałość! To się tak robiło!
Od dziś sposób płodzenia odmieni się cale;
za chwilę sam obaczysz, że ja się nie chwalę.
[...] pożądanie, chęć owa, tak nam ongi bliska,
owo branie, dawanie – to przeszłość zamarła!
Ostawmy ją zwierzętom! Lecz człowiek przyszłości,
wielki – nie może powstać z cielesnej miłości.

Autor dramatu wskazuje na dwie tendencje umacniające dążenie do „wyprodukowania człowieka": zdarcie ze świata wszelkiej tajemnicy i zredukowanie go do płaskiej racjonalności dowodzącej, że człowiek potrafi wszystko zrobić, oraz swoistą pogardę dla „natury" i jej tajemniczego wyższego rozumu. Choć intuicje te mają charakter literacki i fikcyjny, to celnie prezentują istotne współczesne problemy kulturowe w zakresie możliwości reprodukcji istoty ludzkiej.

O rozwoju pojęcia i technik leczenia niepłodności można mówić od momentu, w którym lekarze zaczęli metodologicznie analizować przyczyny niepłodności. W 1677 r. Antoni Philips van Leeuwenhoek odkrył plemniki za pomocą mikroskopu. Od tego momentu w nowoczesnej medycynie nastąpił postęp w zrozumieniu fizjologii rozrodu i procesu interakcji gamet. W 1779 r. Lazzaro Spallanzani dostrzegł niezbędność plemników do zapłodnienia, w eksperymencie laboratoryjnym wykazując, że plemnik zawiera jądro i cytoplazmy. Ustalił także, że zarodek rozwija się w wyniku fizycznego kontaktu między komórką jajową a plemnikiem; przeprowadził wreszcie eksperyment wykazujący, że plemniki można dezaktywować przez schłodzenie i reaktywować później. Karl Ernst von Baer odkrył w 1827 r. komórkę jajową ssaków i wniósł znaczący wkład w embriologię. Wysiłki rosyjskiego badacza Ilji Iwanowa (1922) miały na celu ustanowienie sztucznej inseminacji jako praktycznej procedury, która miała zostać podjęta w Rosji.

Pierwszy udokumentowany raport o zastosowaniu sztucznej inseminacji pochodził od szkockiego chirurga dr. Johna Huntera z końca lat 70. XVIII w. Prawdziwy początek wspomaganej technologii rozrodu (ART) rozpoczął się, kiedy Alan Guttmacher (1943) opublikował pierwszy raport na temat sztucznej inseminacji u ludzi. Od tego czasu taki zabieg był stosowany tylko w przypadkach dysfunkcji fizjologicznych i psychologicznych.

Ciągły rozwój technik sztucznego zapłodnienia prowadził do udoskonalenia metod pobierania nasienia i jego konserwacji. Do połowy XIX w. nie podjęto wysiłków, aby faktycznie zamrażać plemniki. W 1866 r. Paolo Mantegazza jako pierwszy dostrzegł potrzebę banków zamrożonego ludzkiego nasienia. Ta wizja stała się rzeczywistością dla żołnierzy decydujących się zamrozić i przechowywać próbki swojego nasienia przed wyruszeniem na bitwę podczas kryzysu w Zatoce Perskiej w 1991 r.

Znaczący wkład w podwaliny kriokonserwacji ludzkiego nasienia wniosły prace Ernesta J.Ch. Polge'a. W 1953 r. Jerome K. Sherman

zamroził ludzkie plemniki, dowodząc, że po rozmrożeniu plemniki zachowały swój potencjał zapłodnienia i wywołały normalny rozwój komórki jajowej. Doprowadziło to do pierwszej udanej ciąży kobiety zapłodnionej uprzednio zamrożonymi plemnikami. Lata 1920–1930 przyniosły znaczące badania dotyczące roli hormonów w reprodukcji.

Historia wczesnych prób *in vitro* sięga 1890 r., kiedy prof. Walter Heape zgłosił pierwszy przypadek przeszczepu zarodka u królików na uniwersytecie w Cambridge. Około 80 lat później Robert G. Edwards i Patrick Steptoe przeprowadzili udaną próbę zapłodnienia *in vitro* na ludziach, co doprowadziło do narodzin Louise Joy Brown, pierwszego dziecka z probówki, 25 lipca 1978 r.

Robert Edwards uhonorowany został Nagrodą Nobla w 2010 r. Od 1978 r. dzięki technikom wspomaganej prokreacji, w szczególności zapłodnieniu pozaustrojowemu, na całym świecie urodziło się kilka milionów dzieci. Dane z Europejskiego Konsorcjum Monitorowania IVF (EIM) ESHRE ujawniają stały i postępujący wzrost stosowania wspomaganej technologii rozrodu (ART). W 2021 r. łącznie odnotowano 1 103 633 cykli leczenia ART (ESHRE, 2024).

Przedstawiony zarys rozwoju metod służących rozrodowi człowieka, poczynając od mitologicznych pragnień po realną technologię, odsłania zarazem charakterystyczne niuanse ewolucji pojęcia. Zabieg zapłodnienia *in vitro* przynależy do metod ART (*assisted reproductive technology*), które oznaczają „wspomaganą technologię rozrodu". Bywała ona także nazywana w piśmiennictwie polskim „techniką wspomaganej prokreacji". Dziś w powszechnej debacie stosowane jest zazwyczaj pojęcie „metody leczenia niepłodności". W ten sposób poniekąd stawiany jest – niekiedy ze świadomością i wyraźnie – znak równości między reprodukcją a prokreacją. Tymczasem to właśnie w obszarze tych dwóch pojęć toczy się zasadniczy spór o ocenę etyczną podejmowanych działań.

Ujęcie problemowe pojęcia

Typologia sporów dotyczących zapłodnienia *in vitro* jest dość złożona. Jeden z nich koncentruje się wokół rozumienia wolności, inny dotyczy oceny etycznej podejmowanych czynów. Pojawiają się także spory natury psychospołecznej, odwołujące się do dobra dziecka zrodzonego

w naturalnej rodzinie, jak i w wyniku zapłodnienia *in vitro*. Trzeba zauważyć także spory skupione wokół problemu macierzyństwa zastępczego, jak również niebagatelne debaty, które dotyczą źródeł finansowania.

W zakresie rozumienia wolności i wolnościowego (liberalnego) podejścia do zapłodnienia należy zauważyć, iż zwolennicy stanowiska liberalnego uważają, że ludzie mają prawo podejmować w sposób wolny od jakiegokolwiek przymusu, zgodnie z wyznawanymi przez siebie poglądami i własną koncepcją szczęścia, decyzje dotyczące ich życia, w tym dotyczące sposobu prokreacji.

Jak pisze amerykański prawnik i bioetyk John Robertson,

> brak możliwości prokreacji pozbawia jednostkę doświadczenia, które ma centralne znaczenie dla jej tożsamości oraz sensu jej życia. Choć pragnienie posiadania dzieci jest po części konstruktem społecznym, na najbardziej podstawowym poziomie przekazanie własnych genów poprzez rozmnażanie się jest potrzebą zwierzęcą lub gatunkową, blisko związaną z pociągiem seksualnym. Łącząc nas z naturą i przyszłymi pokoleniami, prokreacja daje pocieszenie w obliczu śmierci. Jak pisał Szekspir: „przed kosą Czasu bowiem nic cię nie ustrzeże prócz potomstwa". Dla wielu ludzi posiadanie potomstwa – prokreacja i rodzicielstwo, które zazwyczaj jej towarzyszy – jest centralnym elementem planu życiowego i najbardziej satysfakcjonującym oraz znaczącym doświadczeniem w ich życiu (Robertson, 1996, s. 24).

Przedstawiając ten postulat wolnościowy, zwolennicy *in vitro* wskazują zarazem, że historia XX w. dowodzi jednoznacznie negatywnych skutków w zakresie przymusu w dziedzinie prokreacji. Ów przymus oznacza bowiem ingerencję w najbardziej intymne sfery ludzkiego funkcjonowania, co w konsekwencji prowadzi do naruszenia integralności cielesnej zdrowia, a nawet życia poszczególnych jednostek. Dla ilustracji tej tezy przytacza się rozliczne postacie ingerencji eugenicznych powiązanych z represyjną polityką populacyjną radykalnie ograniczającą wolność jednostek. Przełamaniem i odejściem od tych praktyk miałaby być, zdaniem owych zwolenników, uchwała podjęta w 1994 r. na zorganizowanej przez Organizację Narodów Zjednoczonych w Kairze Międzynarodowej Konferencji na temat Populacji i Rozwoju (International Conference on Population and Development, ICPD), na której przedstawiciele 179 państw przyjęli przez aklamację tzw. Kairski Program Działania (*Cairo Programme of Action*), który definiuje zdrowie reprodukcyjne jako

> stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym, jego funkcjami i procesami. Zdrowie reprodukcyjne oznacza zatem, że ludzie są w stanie prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne oraz że mają zdolność do reprodukcji i wolność decydowania o tym, czy, kiedy i jak często z niej korzystać (United Nations, 2004).

Związane z wyżej wymienioną koncepcją zdrowia reprodukcyjnego tzw. prawa reprodukcyjne mają dostarczać normatywnego uzasadnienia dla stanowiska zwolenników dopuszczalności stosowania technik medycznie wspomaganej prokreacji.

Proklamowanie praw reprodukcyjnych zostaje osadzone w tej perspektywie na płaszczyźnie dwóch konsekwentnie związanych ze sobą argumentów: pierwszym jest wpisanie przez Światową Organizację Zdrowia do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych niepłodności (International Classification of Diseases, ICD; N46, N97.0-9) (World Health Organization, 2010); drugim – uznanie zapłodnienia pozaustrojowego jako metody jej leczenia, przy czym zaznacza się, że miałoby być ono metodą o najwyższej udowodnionej skuteczności.

Zwolennicy tej metody przyznają, że nie likwiduje ona źródeł choroby, lecz jedynie jej negatywne konsekwencje, co jednak ich zdaniem nie kwestionuje charakteru terapeutycznego podejmowanych działań. Wskazuje się także, że znacząca liczba kobiet poddanych z sukcesem metodzie IVF po zakończeniu tej metody spontanicznie zachodzi w ciążę.

Przeciwnikom zapłodnienia *in vitro* przypisuje się najczęściej przeświadczenie, że istnieje określony sposób przekazywania ludzkiego życia wpisany w porządek naturalny, który jest właściwy w sensie moralnym. Podkreśla się jednak często niejednoznaczność pojęć „natura" i „porządek naturalny". Miałyby one oznaczać ogół zjawisk i procesów zachodzących w świecie zgodnie z prawami przyrody bądź ogół zjawisk i procesów, których istnienie i zachodzenie nie zależy od ludzkiej aktywności. Takie rozumienie „natury" krytykuje choćby Peter Singer, uznając, że natura – inaczej bieg rzeczy, nad którym nie panujemy – jest w istocie ślepa na los wszelkiego stworzenia: przecież ani prawa fizyki, chemii, biologii, ani zasady ewolucji nie chronią dzieci przed śmiercią głodową w okresie nieurodzaju czy zwierząt przed śmiercią z pragnienia

w okresie suszy. Apel, by nie wpływać w „naturalny" bieg rzeczy, trąci – w opinii Singera i Wellsa – okrucieństwem (Singer & Wells, 1988).

Krytykom zapłodnienia *in vitro* przypisuje się rozumienie działania naturalnego jako zgodnego z naturą człowieka ujmowanego gatunkowo, a zatem zgodnego ze świadomym, dobrowolnym i celowym działaniem. W takiej perspektywie zapłodnienie *in vitro* miałoby wręcz radykalnie potwierdzać naturę człowieka. Podkreśla się wreszcie (i to stwierdzenie niewątpliwie zasługuje na zauważenie) że antagoniści zapłodnienia *in vitro* wykazują jego niezgodność z prawem naturalnym – obiektywnym, powszechnym i absolutnym porządkiem moralnym wpisanym w racjonalną naturę człowieka. Zwraca się jednak przy tym uwagę, że rozumienie prawa naturalnego jest dzisiaj mocno kontestowane i interpretowane niejednoznacznie.

Tak przedstawiane stanowisko krytyków zapłodnienia *in vitro* pozostaje niewspółmierne w stosunku do przedstawionych wcześniej argumentów zwolenników sztucznego zapłodnienia. Tymczasem krytycy zapłodnienia *in vitro* odwołują się także do argumentu wolnościowego, ujmując jednak istotę wolności inaczej od wyżej przywołanych koncepcji. Wolność w podejmowaniu decyzji dotyczących prokreacji nie ma charakteru absolutnej dowolności, lecz tak jak każda ludzka wolność, jest podporządkowana prawdzie ludzkiego życia. Oznacza to, że działanie wolnościowe powinno być podporządkowane godności i dobru człowieka. Zdaniem przeciwników *in vitro* metoda ta koliduje z godnością i dobrem poczętego w ten sposób dziecka.

Zwolennicy *in vitro* wskazują na konieczność sprzeciwu wobec praktyk eugenicznych dotyczących kontroli urodzin. Antagoniści tej metody zwracają wszakże uwagę, że metoda *in vitro* jest ze swej istoty głęboko eugeniczna. Oczywiście nie ma charakteru eugeniki negatywnej, ale eugeniki pozytywnej, polegającej na selekcji mającej na celu dobór tego zarodka, który ma największe nadzieje na poród, jak również służącej wybraniu cech dziecka. Niektóre z istniejących klinik IVF jak np. sieć klinik Cryobank, proponują wybór dawców komórek rozrodczych wedle wybieranych cech. Problem sztucznej selekcji narasta wraz z rozwojem współczesnych metod genetyki. Badanie poligeniczne zarodków (PES) to dostępna komercyjnie technologia, która może obliczać szacunki prawdopodobieństwa genetycznego schorzeń poligenicznych (np. cukrzyca, depresja) i cech (np. wzrostu, zdolności poznawczych)

u zarodków. Pacjenci poddawani zapłodnieniu *in vitro* (IVF) mogą wykorzystać te wyniki poligeniczne do wyboru zarodków do transferu w celu implantacji.

Niekwestionowanie ważnym argumentem – zwłaszcza w debatach publicznych – jest kwestia praw człowieka. Przywoływane przez zwolenników metody *in vitro* prawa reprodukcyjne w kontekście definicji zdrowia ustanowionej przez WHO budzą jednak rozliczne kontrowersje. Dotyczą one samej definicji zdrowia, jak i pojęcia „zdrowia reprodukcyjnego".

Jednak najistotniejsza, a nie zawsze dostrzegana, sfera krytyki przeciwników metody *in vitro* dotyczy kwestii naruszenia godności osoby ludzkiej, która ich zdaniem dokonuje się poprzez uprzedmiotowienie w procesie reprodukcji dziecka. Ten problem stanowi główną oś sporu, która odwołuje się do dwóch zagadnień – o charakterze antropologicznym i etycznym. Pierwsze dotyczy statusu zarodka – embrionu ludzkiego, drugie natomiast różnicy między reprodukcją a prokreacją.

Kwestia statusu embrionu ludzkiego stanowi przedmiot rozlicznych dyskusji. Można z punktu widzenia empirycznego nazwać embrionem pierwszą fazę rozwojową jakiejś istoty żywej, od poczęcia do wyklucia się z jaja bądź też do chwili urodzenia. Jednym z problemów współczesnych debat jest odchodzenie od znaczenia opisującego w stronę znaczenia wartościującego i służącego rozróżnieniu statusu aksjologicznego embrionu i człowieka.

Płaszczyzną sporu jest odrzucenie bądź przyjęcie udziału uczestnictwa ludzkiego embrionu w statusie ludzkich dorosłych osób, co oznacza odrzucenie lub przyjęcie udziału w godności osoby ludzkiej. Stanowisko przypisujące godność embrionowi wyrasta z przeświadczenia, iż podstawowa godność osoby ludzkiej jest wrodzona i nieutracalna. Oznacza to, że człowiek, który raz zaistniał, nigdy nie przestaje być człowiekiem, a więc nie traci swojej podstawowej godności.

Z punktu widzenia danych biologicznych można wykazać różnicę między rozwijającym się embrionem a niezapłodnioną komórką jajową i plemnikami (stanowiącymi części ciała odpowiednio kobiety i mężczyzny), która jest różnicą nie tylko ilościową, ale także jakościową. Wniknięcie plemnika do komórki jajowej współdecyduje o zaistnieniu embrionu i ma wpływ na rozwój jego pojedynczych komórek. Ostatecznie ludzki embrion zachowuje własną tożsamość na każdym etapie rozwoju. Na

każdym z tych etapów jest też kompletny zgodnie ze swoim „programem rozwojowym".

Odmawianie embrionom statusu moralnego ze względu na wady rozwojowe w konsekwencji oznacza problem z uznaniem statusu ludzi już urodzonych, a obarczonych tymi samymi wadami.

W niektórych koncepcjach gradualistycznych zakłada się, że istota ludzka, której zaistnienie wskutek poczęcia nie jest zazwyczaj kwestionowane, dopiero stopniowo po przekroczeniu arbitralnie określanego progu staje się osobą ludzką. Status moralny embrionu sytuuje się wówczas między rzeczami a osobami. Oznacza to konsekwentnie możliwość „jeszcze nieposiadania" statusu osobowego przez istotę ludzką, ale także możliwość utracenia przez tę istotę ludzką statusu osobowego („już nieposiadania"). Jest to w konsekwencji droga do promowania zarówno aborcji, jak i eutanazji. Krytycy *in vitro* wskazują, że w przypadku ludzkiego embrionu mamy do czynienia z ludzką istotą, która rozwija się w sposób ciągły, a podkreślana przez zwolenników *in vitro* potencjalność istoty ludzkiej nie ma charakteru teoretycznej możliwości, lecz aktywnej realizacji programu rozwojowego.

Spór godnościowy wyraża się też w konflikcie pojęć dotyczących reprodukcji i prokreacji oraz logiki rządzącej czynnościami wyrażonymi poprzez te pojęcia.

Pojęcie reprodukcji zawiera w sobie odniesienie do procesu wytwarzania dóbr i wskazuje na kierunek postrzegania ludzkiej rozrodczości w kategoriach użyteczności. Istotą reprodukcji jest zastosowanie techniki zapłodnienia w celu uzyskania korzyści dla podejmujących ten proces, bez uwzględnienia całego relacyjnego kontekstu rozrodczości. Proces biologiczny zostaje oderwany od kontekstu osobowego, co w konsekwencji rzutuje na relacje między rodzicami a dzieckiem.

Ten wymiar ujawnia się szczególnie dobitnie w procesach tworzenia dziecka jako lekarstwa dla chorego rodzeństwa (w wyniku selekcjonowania zarodków uzyskanych w drodze zapłodnienia *in vitro*). Pierwsze dziecko-lekarstwo urodziło się w 2000 r. w USA. Adam Nash miał posłużyć do leczenia swojej 6-letniej siostry Molly ze schorzeniem Fanconiego. Oczywiście istnieje różnica między tworzeniem dziecka drogą *in vitro* jako zaspokojenia pragnień rodzicielskich a tworzeniem dziecka *in vitro* jako pozyskania materiału biologicznego dla leczenia innego dziecka, niemniej w obu przypadkach naczelną zasadą działania jest

zasada użyteczności – zaspokojenia korzyści i pragnienia szczęścia rodziców bądź dodatkowo osoby trzeciej.

Logika prokreacyjna wychodzi z określonych założeń antropologicznych, a w szczególności rozumienia człowieka jako integralnej osoby duchowo-cielesnej i odczytania w tej perspektywie sensu ludzkiej cielesności. W takim ujęciu procesy przekazywania życia nie stanowią wyłącznie elementów biologii rozrodu, ale wyraz osobowej, czyli obejmującej wszystkie sfery człowieka, relacji. Biologiczny proces reprodukcji zostaje włączony i podporządkowany w osobowe wydarzenie cielesno-duchowe. To oznacza zarazem odsłonięcie prokreacji jako efektu otwarcia osobowej miłości na życie.

Konsekwencją sporu wokół statusu embrionu ludzkiego, jak i podjęcia logiki reprodukcyjnej bądź prokreacyjnej jest debata wokół postępowania z embrionami nadliczbowymi powstałymi w wyniku IVF. Samo istnienie tych embrionów stanowi następstwo logiki reprodukcyjnej odrzucającej wartość osobową istoty ludzkiej w tej fazie rozwoju.

Ze względu na wytworzenie i istnienie tych embrionów pojawia się pytanie: co można zrobić, a czego nie z zamrożonymi embrionami powstałymi w wyniku *in vitro*? Oprócz propozycji przetransferowania embrionu do macicy jego biologicznej matki pojawiają się propozycje takie jak: 1) donacja dla celów reprodukcyjnych, czyli adopcja, 2) donacja dla celów badawczych, 3) zaprzestanie przechowywania embrionów, bez przekazywania ich na inne cele i przyzwolenie na śmierć (Zurriaráin, 2011).

Każda z tych propozycji budzi szereg kontrowersji i trudności. Propozycja donacji prenatalnej embrionów nadliczbowych przez pary niebędące biologicznymi rodzicami traktowana jest przez niektórych jako rozwiązanie dopuszczalne, ale niestanowiące generalnie satysfakcjonującej propozycji. Rozwiązanie to wydaje się zarazem mało prawdopodobne z tego względu, że zamrożone embriony zostały faktycznie odrzucone jako słabsze w czasie selekcji przed transferem. Ich adopcja dotyczyłaby prawdopodobnie wyłącznie tych, które mają szanse na narodziny i nie będąc obdarzone wadami genetycznymi, tworzą nadzieję zdrowego rozwoju.

Projekt donacji na badania naukowe związane z embrionalnymi komórkami macierzystymi jest nieodłącznie związany z wykorzystaniem i śmiercią istot ludzkich. Pod pretekstem humanitarnych przesłanek

dokonuje się instrumentalizacji i unicestwienia istoty ludzkiej – osoby ludzkiej. Ten projekt nie ma charakteru terapeutycznego dla samych embrionów, lecz jest ich wykorzystaniem w celach utylitarnych.

Opcja zaprzestania przechowywania embrionów i pozwolenia oraz przyzwolenia na ich śmierć różni się intencjonalnie od tej, która opowiada się za zwykłym rozmrożeniem, jak i bezterminowym utrzymywaniem embrionu w stanie zamrożonym. Zamrożony embrion jest tutaj traktowany jako istota ludzka znajdująca się w sytuacji „przymusu życia", w której został przemocą umieszczony. Rozmrożenie byłoby tutaj traktowane – intencjonalnie – jako rezygnacja ze środków nadzwyczajnych, podtrzymujących w sposób sztuczny jego życie.

Konieczne wydaje się wreszcie podkreślenie nowych perspektyw sztucznego zapłodnienia związanych z gametogenezą *in vitro* (*in vitro gametogenesis*). Oczekuje się, że będzie można tą drogą otrzymywać dzieci o „pożądanych" cechach, ale bez ingerowania w genom zarodka. Gametogeneza *in vitro* ma m.in. umożliwić „multipleksowe rodzicielstwo" (*multiplex parenting*), czyli otrzymywanie dzieci poczętych *in vitro* z materiału np. czworga osób. Wielu badaczy pracujących nad tą futurystyczną technologią nie ukrywa, że ich osiągnięcia miałyby służyć otrzymywaniu dzieci przez osoby w związkach homoseksualnych czy osoby transseksualne. Jakkolwiek prace w tym zakresie znajdują się jeszcze we wczesnej fazie, to wyraźnie potwierdzają eugeniczny wektor zapłodnienia *in vitro*.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Zapłodnienie *in vitro* pojawia się w kontekście autentycznego ludzkiego cierpienia, jakim jest niezaspokojone pragnienie płodności posiadania dziecka jako dopełnienia miłości ludzkiej, miłości małżeńskiej. Zarazem samo pojęcie cierpienia jest niemal nieobecne w prezentowanych debatach. Zastąpione zostało jednoznacznie słowem „choroba", które niejako wręcz domaga się możliwości terapeutycznych. W argumentacji zalecającej *in vitro* pojawia się przy tym niejednokrotnie argument *ex auctoritate*, przywołujący definicje „choroby" i „zdrowia reprodukcyjnego" sformułowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).

Pomija się przy tym zarazem wątpliwą jakość tego autorytetu. Pojęcie cierpienia jest zakresowo szersze, ale też uzmysławia, że istnieją braki egzystencjalne, których nie da się wypełnić albo nie da wypełnić się w sposób godziwy. Natomiast można tym brakom nadać sens.

Zapłodnienie *in vitro* rozwijające się od schyłku lat 70. XX w. stało się zarówno od strony medycznej, jak i bioetycznej zagadnieniem bardzo eksploatowanym. Bioetyka wypowiada się w tej kwestii w zróżnicowany sposób, typowy dla prezentowanych podstawowych nurtów tej dyscypliny. Wypowiedzi te mają niejednokrotnie charakter sporu i kontrowersji, co podkreśla złożoność i wagę podejmowanej problematyki.

W świetle dotychczasowych publikacji wydaje się sprawą konieczną podjęcie i uporządkowanie kilku obszarów tego sporu.

Kwestią jak zawsze podstawową są pojęcia, którymi się posługuje. Terminologia dotycząca omawianego zabiegu nie jest neutralna. Istnieje różnica między sformułowaniem „metody leczenia niepłodności", podkreślającym charakter terapeutyczny, a określeniem „sztuczne zapłodnienie" bądź „sztuczna reprodukcja *in vitro*". Zwolennicy charakteru terapeutycznego podkreślają z jednej strony jego analogie do działań medycznych o charakterze raczej protetycznym niż ściśle terapeutycznym. Argumentują swoją opinię także tym, że istnieją odnotowane przypadki wskazujące, że część kobiet, które z sukcesem zakończyły procedurę zapłodnienia IVF, zachodzi następnie spontanicznie w ciążę. Trzeba zauważyć, że podobne efekty występują także po przyjęciu dziecka drogą adopcji, co nie oznacza, by traktować adopcję jako działanie terapeutyczne. Zwolennicy zapłodnienia *in vitro* wskazują zarazem zarówno w publikacjach bioetycznych, jak i w przestrzeni informacji publicznej skuteczność tego typu zabiegów. Nie znajduje to jednak odzwierciedlenia w niektórych statystykach, podobnie jak kwestionowane jest opiniowanie dotyczące niskiego ryzyka podejmowanych zabiegów i braku negatywnych konsekwencji. Liczne dane publikowane w literaturze medycznej zaprzeczają tej narracji.

W tym kontekście wydaje się sprawą ważną wprowadzenie do debaty metody naprotechnologii, która zdaniem jej przedstawicieli stanowi skuteczniejszą alternatywę dla zapłodnienia *in vitro*, niebudzącą zarazem kontrowersji etycznych.

Niewątpliwie kluczową kwestią pozostaje problem statusu zarodka ludzkiego jako osoby ludzkiej i podmiotu moralnego. W tym zakresie

toczący się spór ma charakter podstawowy. Wbrew pojawiającym się sugestiom nie ma on charakteru konfesyjnego, stąd opowiadanie się za statusem osobowym zarodka ludzkiego nie jest wyłącznie domeną Kościoła katolickiego. Trzeba raczej stwierdzić, że spór ten pozostanie trudny do rozstrzygnięcia, niemniej jednak przyczynia się on w sposób istotny do poznawania tajemnicy człowieka i jego złożoności.

Ważną kwestią jest zagadnienie macierzyństwa zastępczego. To bowiem z jednej strony sytuacja, w której ciało kobiety wraz z jej biologicznie uwarunkowanymi możliwościami prokreacyjnymi zostaje wypożyczone w ramach płatnej usługi, co podkreśla instrumentalizację ciała poddaną logice utylitarnej. Surogacja wskazuje także, że relacja do przychodzącego na świat dziecka okazuje się wtórna w stosunku do użyteczności, jaką ma spełnić względem pragnących je posiadać.

Debata, która toczy się wokół etycznych zagadnień zapłodnienia *in vitro*, powinna niewątpliwie skupić się wokół zagadnień praktycznych, w tym kwestii uzasadnienia bądź odrzucenia wymogu finansowania *in vitro* ze środków publicznych. Temat ten przekracza ramy niniejszego opracowania, ale stanowi bez wątpienia jedną z istotnych kwestii debaty publicznej. Jednocześnie wydaje się, że postępy współczesnej biotechnologii i ich wykorzystywanie w procedurach IVF ukazują bardzo mocno rozszerzenie horyzontu problemów eugenicznych w tej procedurze.

Problem eugeniki odsłania wizję przyszłości, w której mogą pojawić się dwie populacje człowieka – urodzeni z zapłodnienia naturalnego, a zarazem stanowiący populację dużego ryzyka, oraz wywodzący się ze sztucznego rozrodu, których narodziny poprzedziła kontrola jakości w postaci selekcjonowanych embrionów. Przedstawiona perspektywa staje się urealniona m.in. dzięki zastosowaniu metody CRISPR-Cas9 służącej modyfikacji genomu ludzkich zarodków, która skutkuje wprowadzeniem do ludzkiego genomu obcego materiału genetycznego.

Wszystkie uwagi krytyczne dotyczące zapłodnienia IVF nie mogą jednak w żadnej mierze pozbawić wrażliwości i działań w stosunku do osób dotkniętych niepłodnością. Pomoc ta winna jednak przekraczać granice wątpliwego etycznie technologicznego i instrumentalizującego człowieka podejścia do cierpienia. W tym kontekście może budzić zdziwienie przemilczanie w debacie publicznej procedury naprotechnologii jako pozbawionej wątpliwości etycznych alternatywy dla reprodukcji *in vitro*.

Niezależnie od krytycznych ocen zapłodnienia *in vitro* w żadnym wypadku nie można stygmatyzować osób poczętych z pomocą tej metody. Promocja godności osoby ludzkiej pozostaje tutaj bezwzględnie priorytetem.

Bibliografia

European Society of Human Reproduction and Embryology (2024). *ESHRE, IVF and IUI treatment cycles increase across Europe, along with stable pregnancy rates*. Pobrano z: https://www.eshre.eu/ESHRE2024/Media/2024-Press-releases/EIM (dostęp: 11.04.2025).

Goethe, J.W.G (1953). *Faust*. Przeł. E. Zegadłowicz. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Machinek, M. (2011). Prokreacja versus reprodukcja. Istotna czy nieistotna różnica? W: B. Dobrowolska, A. Pilewska-Kozak, & I. Wrońska (red.), *Bioetyka i praktyka medyczna. Wybrane zagadnienia* (s. 23–35). Lublin: Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

Robertson J.A. (1996). *Children of Choice. Freedom and the New Reproductive Technologies*. Princeton: Princeton University Press.

Różyńska, J. (2013). Etyka i wspomagana prokreacja. W: J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka* (s. 327–344). Warszawa: Wolters Kluwer SA.

Samardzic, S. (2019). Saviour Siblings – Current Overview, Dilemmas and Possible Solutions? *Medicine Law & Society*, *12*, 89–109.

Singer, P., Wells, D. (1988). *Dzieci z próbówki. Etyka i praktyka sztucznej prokreacji*. Przeł. Z. Nierada. Warszawa: Wiedza Powszechna.

United Nations (2004). Programme of Action. Adopted at International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994, paragraf 7.1. Pobrano z: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf.

World Health Organization (2016). International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. Vol. 1. Pobrano z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246208/9789241549165-V1-eng.pdf.

Zurriaráin, R.G. (2011). Postępowanie z zamrożonymi embrionami powstałymi w procedurach sztucznego zapłodnienia: aspekty naukowe, etyczne i prawne. W: B. Dobrowolska, A. Pilewska-Kozak, I. Wrońska (red.), *Bioetyka i praktyka medyczna. Wybrane zagadnienia* (s. 107–116). Lublin: Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

Joanna Haberko
Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu
https://orcid.org/0000-0002-2713-3896
https://doi.org/10.35765/slowniki.557

Sytuacja prawna dziecka poczętego w zakresie ochrony jego dóbr

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Sytuacja prawna dziecka poczętego należy do jednego z najtrudniejszych zagadnień w systemie prawa. Może być ona bowiem rozpatrywana pod różnymi aspektami, biorąc pod uwagę prawo cywilne, w szczególności rodzinne, prawo karne czy administracyjne. Dziecko poczęte określane jest mianem nasciturusa, czyli mającego się narodzić.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Sytuacja prawna nasciturusa budziła już zainteresowanie starożytnych prawników i legislatorów, m.in. rzymskich.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: System prawny chroni dobra osobiste człowieka. Są to wysoko cenione wartości, wśród których wyróżnia się m.in. życie i zdrowie. Ochrona tych wartości jest realizowana w stosunku do każdego człowieka niezależnie od innych kryteriów czy przymiotów. Obejmuje się nią także nasciturusa, czyli dziecko poczęte. Ochrona ta nie ma jednak charakteru bezwzględnego, a jej ograniczenie przejawia się zarówno w ustaleniu przesłanek dopuszczalności przerywania ciąży, jak i w możliwości poddania postępowaniu medycznemu jeszcze w czasie życia płodowego. Odnosi się również do rozstrzygnięć na linii dobro matki – dobro dziecka poczętego.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: System prawny chroni człowieka i jego zdrowotny dobrostan niezależnie

od momentu życia, w którym człowiek ten się znajduje. Nie zmienia tego ani fakt, iż człowiek przed swoim narodzeniem pozostaje w szczególnej sytuacji faktycznej (organizm matki), ani brak jednolitej terminologii używanej w przepisach prawa, zwłaszcza zaś w przepisach prawa cywilnego i rodzinnego oraz prawa karnego. Konieczne są działania ustawowe, by *de lege ferenda* sytuacja nasciturusa nie była w zakresie ochrony jego praw i realizacji dobrostanu traktowana punktowo, ale żeby możliwe było zapewnienie kompleksowej ochrony osobistej i majątkowej dziecka poczętego.

Słowa kluczowe: dziecko poczęte, dobra osobiste, szkoda prenatalna

Definicja pojęcia

System prawny formułuje zasadę ochrony dóbr osobistych człowieka obejmującą wysoko cenione wartości, m.in. jego życie i zdrowie chronione niezależnie od innych kryteriów czy przymiotów. Ochroną tą obejmuje się także nasciturusa, czyli dziecko poczęte. Nie ma ona jednak charakteru bezwzględnego, a w interesującej nas sytuacji jej ograniczenie przejawia się zarówno w ustaleniu przesłanek dopuszczalności przerywania ciąży, jak i w możliwości poddania postępowaniu medycznemu jeszcze w czasie życia płodowego. Odnosi się także do rozstrzygnięć na linii dobro matki – dobro dziecka poczętego.

System prawny chroni człowieka i jego zdrowotny dobrostan niezależnie od momentu jego życia. Nie zmienia tego ani fakt, iż człowiek przed narodzeniem pozostaje w szczególnej sytuacji faktycznej (organizm matki), ani brak jednolitej terminologii używanej w przepisach prawa, zwłaszcza cywilnego i rodzinnego oraz karnego. Jako przykład braku jednolitości w tym zakresie pozostaje używanie w różnych aktach prawnych takich określeń jak „płód", „dziecko poczęte", „dziecko nienarodzone" czy „ciąża".

Sytuacja dziecka poczętego jest w sferze prawa dość złożona. Przedstawiciele nauki zwykli ujmować sytuację prawną nasciturusa w kontekście przysługującej mu (lub nie) zdolności prawnej w pełnym lub ograniczonym zakresie, ewentualnie w kontekście podmiotowości prawnej. Takie pojmowanie sytuacji prawnej dziecka przed urodzeniem odpowiada postrzeganiu zdolności prawnej i podmiotowości w zależności od celu, który ustawodawca decyduje się realizować, jest jednak oderwane od rzeczywistych potrzeb, które realizują rodzice oczekujący potomka. System prawny wymienia *expressis verbis* następujące sytuacje, w których prawa dziecka poczętego – obecne lub przyszłe – pozostają przedmiotem uwagi ustawodawcy:

- art. 446^1 k.c.: „Z chwilą urodzenia dziecko może żądać naprawienia szkód doznanych przed urodzeniem";
- art. 927 § 2 k.c.: „Jednakże dziecko w chwili otwarcia spadku już poczęte może być spadkobiercą, jeżeli urodzi się żywe";
- art. 75 § 1 k.r.o.: „Można uznać ojcostwo przed urodzeniem się dziecka już poczętego";
- art. 75^1 § 1 k.r.o.: „Uznanie ojcostwa następuje z dniem urodzenia się dziecka także wtedy, gdy przed przeniesieniem do organizmu

kobiety komórek rozrodczych pochodzących od anonimowego dawcy albo zarodka powstałego z komórek rozrodczych pochodzących od anonimowego dawcy albo z dawstwa zarodka mężczyzna oświadczy przed kierownikiem urzędu stanu cywilnego, że będzie ojcem dziecka, które urodzi się w następstwie procedury medycznie wspomaganej prokreacji z zastosowaniem tych komórek albo tego zarodka, a kobieta ta potwierdzi jednocześnie albo w ciągu trzech miesięcy od dnia oświadczenia mężczyzny, że ojcem dziecka będzie ten mężczyzna";

- art. 182 k.r.o.: „Dla dziecka poczętego, lecz jeszcze nieurodzonego, ustanawia się kuratora, jeżeli jest to potrzebne do strzeżenia przyszłych praw dziecka. Kuratela ustaje z chwilą urodzenia się dziecka".

Jakkolwiek prawnicy analizują sytuację prawną nasciturusa, to pozostaje kwestia sytuacji faktycznej dziecka, której kształtowanie, zgodnie z doświadczeniem życiowym, powierzone zostało rodzicom. Na tym etapie nie sposób przesądzić jeszcze, czy rodzice pozostają nimi wyłącznie w aspekcie biologicznym czy też prawnym, z ustalonym zgodnie z przepisami prawa pochodzeniem. Nie ulega jednak wątpliwości, że rodzice oczekujący dziecka są osobami, w rękach których znajduje się jego życie i zdrowie, a także jego utrzymanie. Oczywiście nie sposób tracić z pola widzenia faktu, że ustawodawca nie dopuszcza całkowitej dowolności w zakresie działań lub ich braku ze strony rodziców dziecka poczętego i innych osób, gdyż w grę wchodzić tu będzie zarówno realizacja zasady dobra dziecka, jak i należyta staranność rodziców.

Analiza historyczna pojęcia

Sytuacja prawna nasciturusa budziła zainteresowanie już starożytnych prawników i legislatorów, m.in. rzymskich. Przez wieki rozwój człowieka w łonie jego matki i następnie fakt urodzenia wiązał się realizacją prawa do dziedziczenia urodzonego dziecka. Sytuację nienarodzonego oddawała też paremia: *Mater sempre certa est*. W niniejszym opracowaniu odstąpiono od szczegółowej analizy historycznej w tym zakresie, odsyłając Czytelnika do bogatej literatury, zwłaszcza gdy chodzi o ochronę życia ludzkiego na etapie płodowym oraz kształtowanie się

przesłanek dopuszczalności przerywania ciąży. W podobnym kontekście odnieść należy się do braku bezwzględnego charakteru zasady, że matka (w aspekcie biologicznym) jest zawsze pewna. Zabieg ten jest celowy i podyktowany został znaczeniem, jakie ochrona wartości, którą jest życie i zdrowie ludzkie na etapie płodowym, wywołuje obecnie w związku z rozwojem nauk medycznych, w szczególności dostępnością i zakresem takich dziedzin jak medycyna matczyno-płodowa czy perinatologia. Sytuacja nasciturusa w czasach rzymskich i później ma dla obecnej ochrony jego praw niepomiernie mniejsze znaczenie.

Ujęcie problemowe pojęcia

Zasadą jest sprawowanie pieczy nad osobą (niekiedy i majątkiem) dziecka poczętego – i to sprawowanie jej w sposób staranny. Staranności tej nie wyłącza dopuszczona przez ustawodawcę możliwość przerwania ciąży, z której skorzystanie uzależnione pozostaje od spełnienia pewnych przesłanek i nie leży w gestii samej kobiety ciężarnej czy rodziców dziecka. Ustawodawca zakłada bowiem, że o ile, co do zasady, piecza nad osobą dziecka poczętego będzie wykonywana w sposób prawidłowy i staranny przez matkę i ojca dziecka, o tyle istnieją pewne sytuacje, w których sprawowanie pieczy ustępuje dobrom chronionym przez samego ustawodawcę w stopniu równym lub wyższym (zob. ustawa z 1993 r. o planowaniu rodziny…). Trzeba uwzględnić tu działania i zaniechania, które mogą objawiać się przerwaniem ciąży. Jednocześnie należy zauważyć, że pewne działania lub zaniechania mogą przybrać postać działań przestępczych, których podmiotem będzie człowiek przed swoim urodzeniem. Prawo cywilne rozpatruje tę kwestię w ramach tzw. szkody prenatalnej, której skutki mogą następować już po urodzeniu się dziecka. Zatem niepodjęcie działań skutkować będzie odpowiedzialnością za szkodę prenatalną, której dziecko może dochodzić (także w stosunku do rodziców) już po urodzeniu. Podstawą roszczenia jest przepis art. 446^1 k.c.

Osobiste starania w ramach pieczy nad osobą dziecka w jego płodowym okresie rozwoju i wiążący się z tym obowiązek alimentacyjny ciążące na rodzicach powinny być sprawowane starannie. Gdyby podejmowane przez rodziców działania nie realizowały dobra dziecka

poczętego, to należałoby rozważyć, czy ingerencja prawna byłaby możliwa np. dla ratowania życia i zdrowia dziecka poczętego. Nie ma wprawdzie w tym zakresie przepisów (poza art. 4461 k.c.), jednak taką staranność wywodzić można z odpowiedniego stosowania przepisów w zakresie relacji rodzinnoprawnej z dzieckiem już urodzonym. Można też posiłkować się zasadą dobra dziecka, a art. 4461 k.c. wyłożyć tak: nie wyrządzaj szkody dziecku poczętemu, bo jej wyrządzenie będzie po urodzeniu dziecka wiązało się z obowiązkiem jej naprawienia, co w zakresie dolegliwości może być bardziej dokuczliwe niż sprostanie obowiązkowi pieczy, ochrony, troski czy alimentacji. Konstrukcja ta nie jest doskonała, bo zakłada możliwość żądania naprawienia szkody dopiero po urodzeniu się dziecka, a to prowadzi do niezbyt przychylnej nasciturusowi konstatacji, że jeżeli rodzice nie dołożą należytej staranności albo wyrządzą, oni lub inne osoby, dziecku poczętemu szkodę na tyle rozległą, że ono się nie urodzi lub urodzi się martwe, to wystąpienie z roszczeniem na podstawie art. 4461 k.c. nie będzie możliwe. Nie wyłącza to oczywiście działania innych osób, w szczególności dochodzenia naprawienia szkody, której doznał członek rodziny za śmierć dziecka.

Organy państwowe, takie jak sąd, prokuratura, policja, będą wkraczać ze swoim instrumentarium w sferę ochrony interesów nasciturusa wyjątkowo, gdy zajdą wskazane w ustawie przesłanki i o ile rodzice dziecka poczętego będą podejmować zachowania szkodzące nasciturusowi. Niekiedy jednak nawet celowość i intencjonalność zachowania nie wystarczy do podjęcia działań skutkujących zaniechaniem naruszenia dobra dziecka poczętego. Nie sposób przymusić kobiety ciężarnej, by poddała się leczeniu wewnątrzmacicznemu dla dobra dziecka czy też skierować ją na przymusowe leczenie odwykowe dla zapobieżenia wystąpienia płodowego zespołu alkoholowego, czyli FAS. Jednocześnie nie sposób tracić z pola widzenia osobistych interesów kobiety ciężarnej, w szczególności w zakresie ochrony jej własnego życia i zdrowia. Trudno bowiem oczekiwać od kobiety ciężarnej heroizmu związanego pogorszeniem się jej stanu zdrowia czy oddaniem jej życia. Będzie to dotyczyć sytuacji przyjmowania leków o działaniu teratogennym czy poddania się ryzykownej operacji.

Doświadczenie życiowe przemawia za przyjęciem trafności tezy, że rodzice, a zwłaszcza kobieta ciężarna, w przeważającej większości przypadków podejmować będą działania nakierowane na prawidłowy

prenatalny rozwój i urodzenie zdrowego dziecka i że będą to czynić nie z obawy o konsekwencje wynikające z art. 446^1 k.c., ale dlatego, że w zdecydowanej większości przypadków ich działania będą pozostawały intuicyjne. Oczekując dziecka, jego rodzice nie zastanawiają się nad charakterem rozwiązań ustawowych, które przyznają zdolność prawną czy podmiotowość ich dziecku bądź ich nie przyznają. Nie analizują oni, czy z prawnego punktu widzenia dopiero całkowite żywe wydalenie lub wydobycie noworodka z organizmu matki będzie pozwalało go uznać za podmiot w sferze prawa cywilnego i przyznać zdolność prawną. Nie rozpatrują też skomplikowanych założeń ustawy Prawo o aktach stanu cywilnego, zgodnie z którymi jeżeli dziecko urodziłoby się martwe, byłoby traktowane jako osoba fizyczna, która zmarła (Haberko, 2014).

Spodziewający się potomstwa rodzice podejmują zwykle działania zmierzające do urodzenia się ich dziecka, i to urodzenia w dobrym zdrowiu. Czynią tak dlatego, że uznają aksjologiczną trafność takich zachowań. Inna jest oczywiście rola obojga rodziców w zakresie realizacji obowiązków w prenatalnej fazie rozwoju dziecka, co związane jest z jego umiejscowieniem w organizmie kobiety. Niemniej jednak rola ojca obejmuje pewne działania w stosunku do matki dziecka, których niepodjęcie mogłoby przynieść negatywne skutki dla obecnego lub przyszłego stanu samego potomka. Można wskazać tu dla przykładu niepodjęcie zwiększonej aktywności zawodowej i zarobkowej w zakresie dostarczenia żonie (lub partnerce) będącej w zagrożonej ciąży właściwych środków odżywiania czy lekarstw, przejęcia dotychczasowych obowiązków domowych czy sprawowania pieczy nad innymi członkami rodziny.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Niezależnie od stanu wiedzy prawnej w świadomości obywateli pozostaje to, że zaistnienie pewnego zdarzenia, jakim jest spłodzenie, a następnie urodzenie dziecka skutkuje powstaniem pewnej relacji, która nie jest obojętna nie tylko w sferze osobistej, ale i prawnej, w szczególności dlatego, że rodzi dla stron tej relacji określone prawa i obowiązki. Wiąże się to z określeniem zakresu podmiotowego tych obowiązków,

ale także – a może przede wszystkim – z ustaleniem zakresu podmiotowego uprawnionych i zobowiązanych. W kwestii ustalenia pochodzenia dziecka jeszcze przed jego urodzeniem wskazać należy, że przepisy prawa zawierają jedynie cząstkowe rozstrzygnięcia w tym zakresie. Jest to powodowane czasem powstania regulacji i zdecydowanie nieprzystającym wówczas do obecnych możliwości medycyny prenatalnej i matczyno-płodowej traktowaniem człowieka przed jego narodzinami. Pochodzenie dziecka może być obecnie ustalone z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością zarówno po urodzeniu dziecka, jak i przed jego urodzeniem, wynik badania DNA nie stanowi jednak sam w sobie dowodu pochodzenia dziecka od określonej osoby. Prawo rodzinne opiera ustalenie pochodzenia dziecka na konieczności zaistnienia określonych faktów. W związku z powyższym nie można przyjąć, że jedynie pozytywny wynik badania DNA, jakkolwiek w sposób pewny przekonuje o genetycznym pochodzeniu, stanowi samodzielną podstawę ustalenia pochodzenia dziecka (Kwiecień-Madej, 2021, s. 85). Badanie DNA i jego wynik nie mogą stanowić wyłącznej podstawy, na której opiera się sąd, ustalając pochodzenie dziecka, gdyż *ad casum* wiązać by się to mogło z niezamierzonym z intencją ustawodawcy przypisaniem ojcostwa np. dawcy nasienia. W dawnej doktrynie można się spotkać ze stanowiskiem, w świetle którego w przypadku zastosowania technik wspomaganej medycznie prokreacji „ojcem dziecka jest ten, od którego nasienie pochodzi". Obecnie, wobec anonimowości dawcy nasienia, stanowisko to uznać należy za oczywiście nietrafne, nawet jeśli kiedyś twierdzono, że bez znaczenia jest to, czy miało miejsce „obcowanie cielesne, czy też matka dziecka została sztucznie inseminowana nasieniem tego mężczyzny z probówki, oraz czy dawca wyraził zgodę na konkretną inseminację" (Walaszek, 1960, s. 28).

Po drugie, nie można tracić z pola widzenia zmiany paradygmatu w postrzeganiu roli i funkcji rodzicielskich (zwłaszcza ojca) związanych z oczekiwaniem na narodzenie dziecka w stosunku do tego, jaki obowiązywał w chwili, w której uchwalono Kodeks rodzinny i opiekuńczy, czyli w roku 1964. O ile wówczas nie było prawnych, a nade wszystko medycznych możliwości ustalenia pochodzenia dziecka przed jego urodzeniem, o tyle teraz medycyna dysponuje możliwością określenia biologicznego pokrewieństwa między członkami rodziny jeszcze przed urodzeniem się dziecka.

Po trzecie wreszcie, zmienił się sposób postrzegania dziecka przed jego urodzeniem zwłaszcza w zakresie ochrony takich jego dóbr jak życie i zdrowie. Sąd Najwyższy dostrzega tu możliwość sięgnięcia do klasycznej konstrukcji deliktowej z art. 446 § 4 k.c. i traktowania dziecka poczętego jako najbliższego zmarłego członka rodziny (Haberko, 2014). Toruje sobie także drogę koncepcja szkód pre-prenatalnych obok – wspomnianej już – konstrukcji szkód prenatalnych (chodzi o przypadki, w których zachowania rodziców przed poczęciem się dziecka mogą skutkować następstwami już po jego poczęciu i urodzeniu, np. narażenie na działanie metali ciężkich, ryzykowne zachowania seksualne i wiążące się z tym choroby etc.).

Uznanie trafności powyższych założeń wpływa na sposób postrzegania relacji rodzinnoprawnej rodziców i dziecka poczętego, a także wyznacza standard postępowania w stosunku do dziecka, którego oczekują zarówno rodzice, jak i członkowie rodziny. Nie ulega bowiem wątpliwości, że kierują się oni zasadą dobra dziecka (Smyczyński, 2009, s. 213). Zasada ta ma swój wyraz ustawowy w art. 95 § 3 k.r.o. i odnosi się do wykonywania władzy rodzicielskiej. Fakt konieczności uznania, że rodzice spodziewający się dziecka korzystają z atrybutów władzy rodzicielskiej na każdym etapie rozwoju dziecka (Haberko, 2010) pozwala przyjąć, iż w swoich działaniach powinni kierować się właśnie zasadą dobra dziecka, a wszystkie ich poczynania powinny być w związku z tym zgodne z interesem dziecka, które dopiero ma się narodzić (Ciepła, 2005, s. 630). Rodzice spodziewający się dziecka podejmują pewne działania czy zaprzestają innych nie ze względu na własny interes, ale właśnie ze względu na ochronę interesu dziecka, które ma się narodzić. Nie chodzi zatem o sytuację dotyczącą wyłącznie ich sytuacji zdrowotnej, w której się znaleźli, ale o perspektywę dziecka. Podejmując działania sprowadzające się do zapewnienia prawidłowego rozwoju dziecka i ochrony jego dóbr, rodzice czynią to w ramach już rozwijającej się ciąży właśnie ze względu na dobro dziecka i poprzez ochronę jego interesu. Realizują oni zasadę dobra dziecka nawet, jeżeli w pewnych sytuacjach ustępuje ona, za zgodą ustawodawcy, innej wartości. Nie może budzić zastrzeżeń to, że ze względu na okoliczności w jakich znajduje się podmiot, którego interes ma być chroniony, nie wszystkie elementy przy ocenie sposobu sprawowania starań przez rodziców będą brane pod uwagę. Chodzi tu o wyznaczenie pewnego sposobu postępowania

ludzi względem siebie – i to takiego sposobu, że inni ludzie kierowani moralnym nakazem lub przykładem też tak postępują. Postępują tak dlatego, że w ogólnym społecznym przekonaniu takie działania postrzegane są jako dobre i że tak postępowali ich rodzice i rodzice ich rodziców. Nie ma przy tym znaczenia element wiedzy prawnej, gdyż często obywatele po prostu nie znają kodeksu, a kierują się intuicją i doświadczeniem życiowym.

Rodzice powinni stworzyć dziecku poczętemu takie warunki, by mogło się ono prawidłowo rozwijać. Mowa tu o pieczy nad osobą i o obowiązku alimentacyjnym. Zachowania te nie mogą jednak zostać ograniczone do zapewnienia minimum egzystencji, dlatego prawodawcy wprowadzają szereg działań o charakterze obowiązkowym lub zalecanym, które mają wspomóc rodziców już na etapie oczekiwania dziecka (np. zakaz pracy kobiet ciężarnych w warunkach szkodliwych, wykaz badań obowiązkowych i fakultatywnych dla kobiet w ciąży, udogodnienia pracownicze i socjalne dla kobiet w ciąży etc.).

Wskazana wyżej relacyjność wymaga potwierdzenia, a niekiedy ustalenia pokrewieństwa prawnego. Pokrewieństwo ustala się wyłącznie na podstawie przepisów prawa: w pewnych (wcale nierzadkich) sytuacjach prawny ojciec dziecka nie musi być biologicznym ojcem dziecka; pokrewieństwo prawne będzie zwłaszcza w sytuacji dzieci poczętych z wykorzystaniem technologii medycznej wymykać się tradycyjnemu i opartemu na zasadzie prawdy obiektywnej postrzeganiu relacji między członkami rodziny. Zarówno gdy chodzi o linie, jak i o stopnie nie pozostaje ono zupełnie bez znaczenia dla możliwości dokonywania pewnych czynności czy pozostawania w pewnych relacjach. Ustalone prawnie pokrewieństwo rodzi też określone skutki w sferze tych relacji (nazwisko, władza rodzicielska, kontakty, obowiązek alimentacyjny, pomoc, wspieranie, dziedziczenie ustawowe czy zakazy małżeńskie).

Zarówno matkę, jak i ojca ustala się na podstawie przepisów k.r.o, przy czym ustalenie ojcostwa następuje dopiero wówczas, gdy ustalono prawnie macierzyństwo (Haberko, 2018). Relacja dziecka poczętego z matką jest dostrzegalna dla otoczenia i łatwa do ustalenia przez fakt ciąży widocznej nawet dla nieposiadającego wiedzy medycznej obserwatora. Obecnie zdecydowana większość porodów ma swoje miejsce w placówkach ochrony zdrowia z udziałem profesjonalnego czynnika (lekarz, położna), co sprawa, że macierzyństwo pozostaje w pewnym

stopniu niesporne, a matką jest (będzie) zawsze kobieta, która dziecko urodziła (art. 61^9 k.r.o.). Fakt macierzyństwa urodzeniowego pozwala przyjąć nie tylko, że urodzenie dziecka jest jedyną i wyłączną przesłanką pozwalającą przyjąć, że kobieta jest matką dziecka, ale także przyznać kobiecie ciężarnej pewne uprawnienia, którymi dysponuje matka już po urodzeniu się dziecka. Ma to jednak dalsze konsekwencje objawiające się tym, że nie uznaje się praw kobiety, od której pochodzi materiał genetyczny w sytuacji macierzyństwa zastępczego (Oszkinis, 2019).

Ustalenie pochodzenia dziecka od kobiety determinuje dalsze ustalenia w zakresie relacji rodzinnych, w tym ojcostwa. Przepis art. 62 k.r.o. stanowi, że jeżeli dziecko urodziło się w czasie trwania małżeństwa albo przed upływem trzystu dni od jego ustania lub unieważnienia, domniemywa się, że pochodzi ono od męża matki (§ 1) i dalej w § 2, że jeżeli dziecko urodziło się przed upływem trzystu dni od ustania lub unieważnienia małżeństwa, lecz po zawarciu przez matkę drugiego małżeństwa, domniemywa się, że pochodzi ono od drugiego męża. Domniemanie to nie dotyczy przypadku, gdy dziecko urodziło się w następstwie procedury medycznie wspomaganej prokreacji, na którą wyraził zgodę pierwszy mąż matki.

Jest to ułatwiające życie obywatelom domniemanie oparte na tym, że małżonkowie odbywają ze sobą stosunki płciowe (i nie odbywają ich z innymi osobami), zaś w wyniku tych stosunków dochodzi do poczęcia, a następnie urodzenia dziecka (Gromek, 2009, s. 1199). Kodeks zakłada istnienie i realizację obowiązku pożycia między małżonkami, ale nie wymaga, by dziecko urodziło się wyłącznie w wyniku aktu fizycznego swoich rodziców. Obecnie poddanie się małżonków procedurom medycznie wspomaganej prokreacji nie budzi wątpliwości, zwłaszcza jeśli odbywa się w naturalnym okresie płodności małżonków, a do zapłodnienia użyje się nasienia męża (Smyczyński, 2005, s. 96; Haberko & Sztandera, 2017, s. 98).

Interes dziecka poczętego i urodzonego w wyniku zastosowania technik medycznie wspomaganej prokreacji zostaje zabezpieczony poprzez zakaz zaprzeczenia ojcostwa wówczas, gdy mąż matki wyraził zgodę na przeprowadzenie zabiegu medycznego w wyniku zastosowania procedur medycznie wspomaganej prokreacji w stosunku do swojej żony. Ma to znaczenie zwłaszcza wówczas, gdy do zapłodnienia wykorzystano

nasienie pochodzące od anonimowego dawcy. Niezgodność z prawdą biologiczną w zakresie ustalenia stanu cywilnego znajduje uzasadnienie w dążeniu do zapewnienia gwarancji stabilności stanu cywilnego dziecka (Haberko, 2010).

Jeżeli nie zachodzi domniemanie, że ojcem dziecka jest mąż jego matki, albo gdy domniemanie takie zostało obalone w wyniku zaprzeczenia ojcostwa, ustalenie ojcostwa jest dopuszczalne albo przez uznanie ojcostwa, albo w drodze orzeczenia sądowego. Uznanie ojcostwa jest aktem wiedzy mężczyzny oraz matki dziecka, którzy potwierdzają, że ojcem jest mężczyzna składający oświadczenie. Instytucja ta jest oparta na założeniu zgodności oświadczeń z tzw. prawdą biologiczną i powinna się ona opierać się na rzeczywistym stosunku genetycznym łączącym ojca z dzieckiem (Łączkowska, 2008, s. 307). Ustawodawca przyjmuje dopuszczalność uznania ojcostwa w stosunku do dziecka małoletniego, poczętego oraz dziecka, które zmarło. W przypadku dziecka poczętego relacja między ojcem a dzieckiem nawiązuje się w chwili złożenia oświadczenia. Jest to pozornie sytuacja korzystna dla nasciturusa, jako że nie wymaga się oczekiwania na uaktywnienie się skutków uznania do chwili urodzenia, zwłaszcza zaś żywego urodzenia. Powyższe będzie miało znaczenie wówczas, gdyby dziecko nie urodziło się lub urodziło się martwe.

W zakresie ochrony interesów dziecka poczętego w wyniku zastosowania procedur medycznych wskazać należy przepis art. 75^1 k.r.o., przewidujący możliwość posłużenia się instytucją uznania ojcostwa, gdy dziecka jeszcze nie ma, tj. nie zostało poczęte w wyniku procedury medycznie wspomaganej prokreacji. Instytucja ta pozwala przystąpić do procedury o charakterze medycznym, której skutki nastąpią później. Ma na celu zabezpieczenie prawnego interesu dziecka urodzonego w wyniku zastosowania technik medycznie wspomaganej prokreacji z wykorzystaniem nasienia pochodzącego od dawcy nasienia. Ustawodawca zabiega tu o zabezpieczenie interesu dziecka jeszcze przed jego poczęciem i implantowaniem zarodka w organizmie kobiety.

W pozostałych przypadkach, tj. wówczas, gdy nie zachodzi domniemanie ojcostwa z art. 62 k.r.o., jak również gdy ojcostwo nie zostało ustalone, w drodze uznania wprowadza się konstrukcję tzw. okresu koncepcyjnego i przyjmuje, że ojcem dziecka jest ten, kto obcował z matką nie dawniej niż w trzechsetnym, a nie później niż w sto osiemdziesiątym

pierwszym dniu przed urodzeniem się dziecka. Domniemanie to opiera się na doświadczeniu życiowym, zgodnie z którym fakt obcowania nie wyklucza poczęcia i urodzenia dziecka, o ile do obcowania dochodzi w obrębie dorosłej, potencjalnie płodnej pary dwóch osób odmiennej płci, a obcowanie ma taką postać, że w normalnym toku zdarzeń może prowadzić do zapłodnienia (Łączkowska, 2008, s. 307). W tym przypadku sytuacja dziecka poczętego jest potencjalnie najsłabiej chroniona w zakresie jego relacji z jednym z rodziców i ochrony praw. Wedle dominującego poglądu sądowe ustalenie ojcostwa może nastąpić dopiero po urodzeniu się dziecka. W literaturze od kilku lat toruje sobie jednak drogę pogląd o dopuszczeniu możliwości zarówno zaprzeczenia ojcostwa przed urodzeniem się dziecka, jak i sądowego ustalenia ojcostwa. Chodzi o możliwości medycyny płodowej co do pobrania materiału genetycznego dziecka do koniecznych badań DNA. To samo dotyczy przyjęcia trafności tezy, że w przypadku małżonków nie jest konieczne oczekiwanie na urodzenie się dziecka, a ojciec dziecka poczętego pozostaje nim już od chwili poczęcia (Kwiecień-Madej, 2021).

Sytuacja dziecka w relacji z rodzicami należy do podstawowych relacji społecznych. Jest ona najwcześniej definiowana. Powstaje w zasadzie bez żadnych innych, dodatkowych działań ze strony podmiotu zainteresowanego, jakim jest dziecko, a w przypadku rodziców zależy od ich sytuacji osobistej lub określonej aktywności formalnej. Zaistnienie pewnego zdarzenia, jakim jest spłodzenie, a następnie urodzenie dziecka uaktywnia tę relację przynajmniej w jej biologicznym kształcie. Odrębną kwestią jest oczywiście potwierdzenie tego faktu w księgach stanu cywilnego i nawiązanie relacji prawnej. Niemniej jednak w większości przypadków sam fakt zdarzenia rodzi określone konsekwencje cywilnoprawne i rodzinnoprawne oraz skutkuje uruchomieniem instrumentów ochronnych.

Relacja rodzinnoprawna dziecka przed jego urodzeniem nie jest przedmiotem rozstrzygnięć ustawowych. Nie oznacza to jednak, że brak regulacji wyłącza możliwość podejmowania jakichkolwiek decyzji odnoszących się do dziecka poczętego i zabezpieczenia jego praw w prenatalnym okresie jego życia (Haberko, 2010). Rodzice, a zwłaszcza matka dziecka, podejmują bowiem działania zmierzające do żywego i zdrowego urodzenia. Godzi się w tym zakresie podnieść, że działania te nie ograniczają się do zapewnienia pewnego minimum egzystencji, ale

wiązać się powinny z podejmowaniem wszelkich dostępnych czynności o charakterze profesjonalnym, które wpisują się w ochronę życia i zdrowia (poddanie kobiety ciężarnej badaniom przesiewowym, badaniom prenatalnym, leczeniu wewnątrzmacicznemu etc.). Trafność tej tezy wybrzmiewa w stanowisku Trybunału Konstytucyjnego, który w jednym z głośniejszych orzeczeń z zakresu prawnej ochrony nasciturusa zauważył, że

> ochrona życia ludzkiego nie może być rozumiana wyłącznie jako ochrona minimum funkcji biologicznych, ale jako gwarancja prawidłowego rozwoju, a także uzyskania normalnej kondycji psychofizycznej, właściwej dla danego etapu życia. Bez względu na to, jak wiele czynników uzna się za istotne z punktu widzenia owej kondycji, nie ulega wątpliwości, iż obejmuje ona pewien optymalny, z punktu widzenia procesów życiowych, stan organizmu danej osoby. Konstytucyjne gwarancje ochrony ludzkiego życia muszą więc w sposób konieczny obejmować także ochronę zdrowia; przepisy stanowiące podstawę tych gwarancji stanowią więc równocześnie podstawę do wnioskowania konstytucyjnego obowiązku ochrony zdrowia bez względu na stopień rozwoju fizycznego, emocjonalnego, intelektualnego czy społecznego. Ponieważ życie ludzkie stanowi wartość konstytucyjną także w fazie prenatalnej, wszelka próba podmiotowego ograniczenia ochrony prawnej zdrowia w tej fazie musiałaby wykazać się niearbitralnym kryterium uzasadniającym takie zróżnicowanie (orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r., sygn. K26/96, OTK ZU 1997, nr 2, poz. 19).

Decyzyjność co do dziecka poczętego w zakresie procedur medycznych mających na celu ochronę jego interesu i dóbr takich jak życie i zdrowie została powierzona formalnie wyłącznie kobiecie ciężarnej. Przepisy prawa nie uznają, co do zasady, praw ojca dziecka poczętego w zakresie decyzyjnego, ani nawet współdecyzyjnego, głosu w podejmowaniu decyzji o przeprowadzeniu procedur medycznych w stosunku do dziecka poczętego, w tym także zabezpieczenia jego interesu przed doznaniem szkody. Sytuacja prawna ojca biologicznego, a nawet prawnego (gdy po urodzeniu dziecka skorzysta on z domniemania z art. 62 k.r.o., jak również gdy mężczyzna uznał ojcostwo jeszcze przed urodzeniem dziecka) pozostaje, w aspekcie decyzyjności w procedurach medycznych, bez znaczenia. Można wprawdzie bronić poglądu o realizacji istotnych spraw rodziny, ale tylko w przypadku małżonków. To oczywiście dziwi i wprowadza pewną konfuzję co do racjonalności ocen prawodawcy, zwłaszcza w zestawieniu z przyjętym w przepisach kodeksowych obowiązkiem alimentacyjnym nałożonym na mężczyznę

nawet w sytuacji jedynie uwiarygodnionego, a zatem niestwierdzonego jeszcze prawnie ojcostwa. Powodów tego stanu rzeczy doszukiwać się należy w braku ustawowej konsekwencji w sposobie traktowania podmiotów oczekujących potomstwa. W obecnym stanie prawnym ustawodawca zabezpiecza poszczególne interesy dziecka poczętego oraz oczekujących go rodziców, nie widzi jednak całości sytuacji i nie ujmuje jej w sposób kompleksowy (Haberko, 2014, s. 277).

Przechodząc do ochrony interesów alimentacyjnych dziecka poczętego i ochrony jego dóbr osobistych, godzi się przywołać przepisy o charakterze alimentacyjnym, w szczególności art. 142 k.r.o. Na podstawie tego przepisu nawet w przypadku nieustalonego ojcostwa można na podstawie uwiarygodnienia tego faktu żądać od mężczyzny wyłożenia odpowiedniej sumy pieniężnej na pokrycie kosztów utrzymania matki w okresie trzech miesięcy w okresie porodu oraz kosztów utrzymania dziecka przez pierwsze trzy miesiące po urodzeniu (Haberko, 2015, s. 177). Warto podkreślić, że przepis, jakkolwiek pomyślany w interesie nasciturusa, czyni zobowiązanym wyłącznie mężczyznę (ojca dziecka). Analizowane przepisy odnoszą się do sytuacji wyjątkowych i raczej niepreferowanych przez ustawodawcę, czyli sytuacji, w której matka dziecka (kobieta ciężarna) nie pozostaje w związku małżeńskim. Nie ma jednak w nich mowy o relacji alimentacyjnej matki dziecka poczętego z dzieckiem ani też o relacji ojca tego dziecka, o ile jest on mężem kobiety ciężarnej.

Jak zauważyliśmy, dziecko poczęte będzie mogło po swoim urodzeniu dochodzić naprawienia szkód, których doznało przed urodzeniem w związku z nieprawidłowym postępowaniem rodziców w trakcie jego życia płodowego objawiającym się brakiem odpowiedniej pieczy, opieki medycznej czy żywienia. Dziecko mogłoby wtedy dochodzić naprawienia szkód doznanych przed urodzeniem, gdyby już po urodzeniu okazało się, że matka czy rodzice nie dostarczali mu dostatecznej ilości pożywienia czy nie poddawali badaniom medycznym, zwłaszcza zaś badaniom prenatalnym, jako że każda z tych sytuacji może wpływać na prawidłowy rozwój dziecka poczętego i skutkować szkodami prenatalnymi. Podstawą ewentualnych roszczeń dziecka byłby tu oczywiście przepis art. 446^1 k.c., a szkoda prenatalna sprowadzałaby się do niedożywienia, braku diagnostyki prenatalnej czy niepoddania terapii i wiążącego się z tym nieprawidłowego rozwoju (Nesterowicz, 2010, s. 254).

Wypada jeszcze zastanowić się, czy w sytuacjach, którym niepodobna przyznać miana wyjątkowości, możliwe jest dochodzenie naprawienia szkody w zakresie niealimentowania dziecka poczętego podobnie jak w zakresie niepoddania go diagnostyce i terapii? Pierwsza intuicja dotycząca możliwości powołania się na art. 446[1] k.c. pozwala na umiarkowany optymizm w zakresie rozstrzygnięcia, czy istnieje podstawa odpowiedzialności: jeżeli matka lub rodzice nie karmili dziecka poczętego w płodowym okresie jego rozwoju, nie poddawali go badaniom lekarskim czy w inny sposób narażali jego dobrostan – np. poprzez działanie szkodliwych czynników takich jak alkohol, papierosy, narkotyki, metale ciężkie – to naruszyli jego dobro i wyrządzili mu szkodę prenatalną; jeżeli i matka, i ojciec mogli coś czynić bez przeszkód, a tego nie czynili, to powinni ponieść odpowiedzialność odszkodowawczą (o ile nie zachodzą przesłanki, które wyłączałyby ich odpowiedzialność). Fakt szkody może prowadzić do dochodzenia jej naprawienia. Prawo *expressis verbis* nie rozstrzyga jednak, jaki powinien być zakres dopuszczalnych i koniecznych działań rodziców w stosunku do ich poczętego dziecka, w tym jaki powinien być zakres ich obowiązków. Nie rozstrzyga tego ani w stosunku do matki, ani w stosunku do ojca dziecka.

Uznać należy, iż w okresie życia płodowego w stosunku do dziecka poczętego podejmowane są działania obejmujące troskę rodziców o osobę dziecka poczętego w aspekcie fizycznym, jak żywienie dziecka, dbałość o jego prawidłowy rozwój fizyczny i podejmowanie decyzji o ewentualnym leczeniu jeszcze przed urodzeniem. W zakresie troski o środowisko dziecka wskazać należy natomiast wiążące się z prawidłowym przebiegiem ciąży, usuwanie zagrożeń życia i zdrowia. Na realizację tych działań potrzebne są środki finansowe, często przewyższające te, którymi dysponowaliby rodzice, gdyby nie oczekiwali potomka. Zakładamy tu wspólne starania rodziców, jednak pewne czynności ze względu na umiejscowienie płodu w organizmie matki podejmowane będą przez nią samą w sensie czynności faktycznych, inne zaś będą mogły być wykonywane przez oboje rodziców. Nie można przyjąć jako trafnej tezy, iż wszystkie działania obejmujące osobiste starania o rozwój dziecka poczętego w związku z ciążą zarezerwowane są dla kobiety ciężarnej. Nawet jeżeli przyjmuje się, że ze względu na miejsce, w którym rozwija się dziecko poczęte, to głównie na kobiecie spoczywa ciężar zapewnienia mu najlepszych warunków rozwoju

i dbałość o prawidłowy rozwój dziecka, to jednak nie sposób przyjąć jako trafnej tezy, iż ojciec dziecka poczętego w tych wysiłkach nie uczestniczy. Oczywiście starania rodziców dziecka poczętego nie są przez nich wykonywane w sposób identyczny. Ze względu na naturalne środowisko w jakim przebywa dziecko poczęte, którym jest organizm jego matki, pewne działania nie będą mogły być wykonywane przez ojca (lepsze odżywianie w celu zapewnienia dziecku wszelkich niezbędnych składników odżywczych i niezachwianego rozwoju prenatalnego, dbałość o higienę, poddanie badaniom lekarskim, unikanie pewnych używek, które mogły zaszkodzić rozwojowi dziecka, ograniczenie wysiłku fizycznego czy niepodejmowanie pracy zawodowej szkodliwej dla kobiet w ciąży, przygotowanie organizmu do odbycia porodu i karmienia itd.). Nie oznacza to, że ojciec dziecka nie uczestniczy w realizacji tych czynności. Podchodząc do sprawy życiowo: to właśnie na mężczyźnie ciążyć będzie obowiązek zwiększenia dbałości o matkę dziecka (także w aspekcie finansowym), współudział w wizytach lekarskich w związku z ciążą czy przejęcie części obowiązków domowych. Poza zakresem obowiązku alimentacyjnego, ale nie mniej ważne w kontekście realizacji zasady dobra dziecka, wydaje się otoczenie dziecka miłością i stworzenie rodzinie prawidłowych i harmonijnych warunków rozwoju. Należy w tym kontekście uwzględnić także czynnik finansowy pozwalający kobiecie lub rodzicom ponieść zwiększone koszty utrzymania ciężarnej, a co za tym idzie i dziecka w czasie ciąży. Oczekiwanie na urodzenie nowego członka rodziny i otoczenie go miłością jeszcze przed urodzeniem wpływa na powstanie sytuacji, która dla rodziny wiąże się z zapewnieniem poczucia bezpieczeństwa i pewnej stabilności. Sytuacja ta oznacza oczywiście w pierwszej mierze zapewnienie kobiecie ciężarnej środowiska, w którym nie jest ona narażona na dodatkowy stres i emocje, co więcej – nie żyje w obawie o los rodziny po narodzinach dziecka.

Sytuacja prawna dziecka poczętego pozostaje *de lege lata* skomplikowana i przez to niewykluczone, że nieczytelna dla obywateli. Ci kierują się jednak poczuciem prawidłowości działania polegającego na ochronie życia i zdrowia dziecka. Poczucie to pozostaje wsparte szeregiem rozwiązań ustawowych nakładających na organy państwowe i samorządowe obowiązków, które mają wspierać przyszłych rodziców w realizacji obecnego i przyszłego interesu dziecka. Niewykluczone wydają się

jednak działania ustawowe, by *de lege ferenda* sytuacja nasciturusa nie była w zakresie ochrony jego praw i realizacji dobrostanu traktowana punktowo, ale żeby możliwe było zapewnienie kompleksowej ochrony osobistej i majątkowej dziecka poczętego.

Bibliografia

Gajda, J. (2002). *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Akty stanu cywilnego. Komentarz*. Warszawa: C.H. Beck.

Gromek, K. (2009). *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz* (wyd. 3). Warszawa: C.H. Beck.

Haberko, J. (2010). *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer.

Haberko, J. (2011). Ustalenie ojcostwa wobec braku obcowania płciowego w świetle znowelizowanych przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. *Themis Polska Nova*, *1*, 360–376.

Haberko, J. (2014). Dziecko poczęte jako najbliższy członek rodziny. *Acta Iuris Stetinensis*, 6, t. 1, nr 821, 277–295.

Haberko, J. (2015). Niealimentowanie nasciturusa w kontekście szkód z art. 4461 k.c. W: J.M. Łukasiewicz & I. Rasmus (red.), *Prawo alimentacyjne. Zagadnienia materialne* (t. II; s. 177–194). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Haberko, J., & Sztandera, F. (2017). Niebezpieczeństwo małżeństwa z bratem. Uwagi na tle ustawy o leczeniu niepłodności o prawie do poznania genetycznego pochodzenia dziecka. W: J. Mazurkiewicz & P. Mysiak (red.), *Dobro pojemne jak krzywda. Prawna ochrona dziecka. Deklaracje a rzeczywistość* (s. 118–135). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Kwiecień-Madej, A. (2021). *Sytuacja prawna ojca dziecka poczętego w polskim prawie rodzinnym*. Warszawa: C.H. Beck.

Łączkowska, M. (2008). Stosunek prawny pokrewieństwa a pochodzenie genetyczne. W: M. Andrzejewski (red.), *Księga jubileuszowa prof. dr. hab. Tadeusza Smyczyńskiego* (s. 301–316). Toruń: Dom Organizatora.

Nesterowicz, M. (2010). *Prawo medyczne*. Toruń: Dom Organizatora.

Oszkinis, B. (2019), *Macierzyństwo. Aspekty materialnoprawne, procesowe i kolizyjnoprawne*. Warszawa: Wolters Kluwer.

Smyczyński, T. (2005). Aksjologiczne i prawne podstawy dopuszczalności wspomaganej prokreacji ludzkiej. W: J. Haberko & M. Łączkowska (red.), *Prawne, medyczne i psychologiczne aspekty wspomaganej prokreacji* (s. 161–173). Poznań: Wydawnictwo UAM.

Smyczyński, T. (2009). *Prawo rodzinne i opiekuńcze*. Warszawa: C.H. Beck.
Walaszek, B. (1960). Inseminatio artificialis a przepisy kodeksu rodzinnego. *Palestra*, *5*, 28–42.

Akty normatywne

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. 2024, poz. 1061 ze zm.).
Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (t.j. Dz.U. 2023, poz. 2809).
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 ze zm.).
Ustawa z dnia 28 listopada 2014 r. Prawo o aktach stanu cywilnego (t.j. Dz.U. 2023, poz. 1378 ze zm.).
Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 20 listopada 1989 r. (Dz.U. 1991, nr 120, poz. 526).

Józef Dulak
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
https://orcid.org/0000-0001-5687-0839
https://doi.org/10.35765/slowniki.577

Komórki macierzyste – aspekty etyczne badań i zastosowań

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Komórki macierzyste to niezróżnicowane komórki zdolne do samoodnowy i w określonych warunkach różnicujące do komórek wyspecjalizowanych, budujących narządy. Podstawową cechą komórek macierzystych jest ich zdolność do regeneracji tkanek poprzez odtwarzanie komórek, które obumarły.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: W rozdziale przedstawiono rodzaje komórek macierzystych, zarówno mających potencjał różnicowania do większości komórek organizmu (zarodkowe komórki macierzyste, indukowane pluripotencjalne komórki macierzyste), jak i komórek macierzystych dorosłego organizmu o ograniczonym potencjale różnicowania.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Z powodu niezrozumienia właściwości komórek macierzystych, a także z przyczyn pozanaukowych oczekiwania wobec terapii komórkowych bywają przesadzone, co prowadzi do nieuzasadnionych i potencjalnie niebezpiecznych zabiegów. W rozdziale omówiono problem nieuprawnionych interwencji komórkowych oraz możliwości związane z badaniami i zastosowaniami komórek macierzystych.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Zastosowania komórek macierzystych, w szczególności zarodkowych, wywołują kontrowersje etyczne. Przede wszystkim wynikają one

z traktowania przez niektórych ludzkiej zygoty oraz kolejnych stadiów rozwojowych zarodka jako pełnoprawnych istot ludzkich, co może ograniczać możliwość badań naukowych i opracowanie terapii. Analizy przedstawione w tym rozdziale wskazują na podstawowe znaczenie aspektów merytorycznych, uwzględniających mechanizmy biologiczne i bezpieczeństwo stosowanych procedur. To one powinny być kluczowe i rozstrzygające dla zastosowania komórek macierzystych w badaniach naukowych i medycynie.

Słowa kluczowe: zarodkowe komórki macierzyste (ESC), indukowane pluripotencjalne komórki macierzyste (iPSC), zapłodnienie *in vitro*, modyfikacje genetyczne, klonowanie

Definicja pojęcia

Komórki macierzyste to niezróżnicowane komórki zdolne do samoodnowy (podziałów odtwarzających pulę tych komórek) i w określonych warunkach różnicujące do komórek wyspecjalizowanych, budujących narządy. Podstawową cechą komórek macierzystych jest zatem ich zdolność do regeneracji tkanek i narządów poprzez odtwarzanie komórek, które obumarły (Slack, 2017; Dulak, 2020).

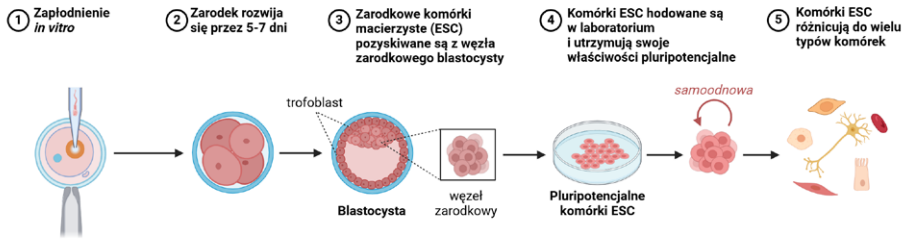
Niestety wśród wielu biologów i lekarzy – a w konsekwencji wśród niespecjalistów – panuje przekonanie, że komórki macierzyste posiadają określone cechy niemal tylko z racji nadania im takiej nazwy, zaś głównym mechanizmem ich działania jest wydzielanie różnych substancji i w ten sposób wpływanie na przebieg procesów chorobowych. Takie nieprawidłowe rozumowanie jest jednak sprzeczne z biologiczną rolą komórek macierzystych. Przyczynia się do przypisywania właściwości leczniczych rozmaitym komórkom i w konsekwencji bywa przyczyną sugerowania terapii niemających podstaw biologicznych, niedziałających i potencjalnie niebezpiecznych (Dulak, 2020).

Potencjał różnicowania komórek macierzystych występujących w tkankach ukształtowanego organizmu człowieka jest ograniczony i żadne z nich nie mają takich właściwości, jak zarodkowe komórki macierzyste (ESC – ang. *embryonic stem cells*). ESC są pluripotencjalne, co oznacza zdolność do przekształcania się w niemal wszystkie typy komórek organizmu (z wyłączeniem łożyska) (Ryc. 1). W naszych narządach (ale nie we wszystkich) występują z kolei komórki macierzyste multi- lub unipotencjalne. Przykładem komórek multipotencjalnych są krwiotwórcze (hematopoetyczne) komórki macierzyste szpiku, dające początek różnym komórkom krwi (Ryc. 2). Komórki unipotencjalne mogą natomiast przekształcać się tylko w jeden typ komórek, jak np. komórki satelitarne mięśni, które regenerują włókna mięśniowe czy spermatogonia, z których powstają plemniki (Ryc. 2). Ciekawe, że komórek macierzystych nie ma w jajniku – dziewczynka rodzi się z już ukształtowanymi, lecz „uśpionymi" komórkami jajowymi, których rozwój kończy się co miesiąc po osiągnięciu przez kobietę dojrzałości płciowej (Dulak, 2020).

Zygota powstała w wyniku zapłodnienia, czyli połączenia komórki jajowej z plemnikiem, jest komórką totipotencjalną, zatem może z niej powstać cały organizm. Zygota nie może być jednak uznana za

klasyczną komórkę macierzystą, bowiem nie ma zdolności do samoodnowy. Zygota, dzieląc się, tworzy dwa blastomery (a nie dwie zygoty), które następnie tworzą 4, 8, 16 etc. blastomerów, aż po kilku dniach powstaje charakterystyczny twór zwany blastocystą. Blastocysta jest wczesnym zarodkiem złożonym z około 100 komórek. W środku zawiera jamę, jej zewnętrzna warstwa komórek to trofoblast, który w przyszłości utworzy łożysko, a komórki we wnętrzu tworzą węzeł zarodkowy (Ryc. 1). Po wszczepieniu blastocysty do ściany macicy komórki węzła zarodkowego dają początek wszystkim komórkom organizmu, różnicując się zarówno do komórek wyspecjalizowanych, budujących tkanki i narządy, jak i specyficznych dla tkanek komórek macierzystych.

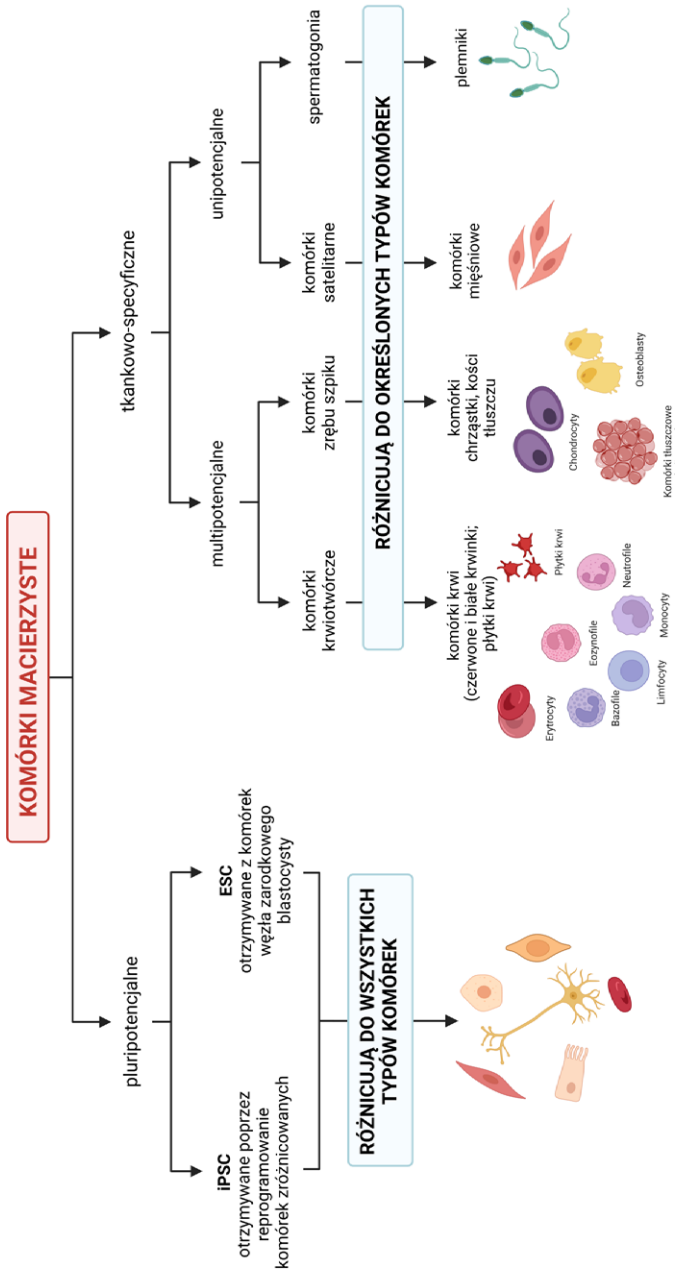
Rycina 1. Otrzymywanie zarodkowych komórek macierzystych (ESC) z nadliczbowych zarodków uzyskanych w wyniku zapłodnienia *in vitro* (przygotowano za pomocą programu BioRender)



Analiza historyczna pojęcia

Zarodkowe komórki macierzyste uzyskuje się z węzła zarodkowego blastocysty (Ryc. 1). Mysie ESC uzyskano na początku lat 80., ludzkie ESC jako pierwszy otrzymał James Thomson w 1998 roku z nadliczbowych blastocyst z zapłodnienia *in vitro*.

W trakcie rozwoju komórki węzła zarodkowego ulegają stopniowemu różnicowaniu w tkanki i narządy. Część z nich przekształca się w multi- lub unipotencjalne komórki macierzyste tkankowe, regenerujące narządy, np. skórę, nabłonek jelita, mięśnie szkieletowe. Jednak w sercu nie ma komórek macierzystych zdolnych do regeneracji kardiomiocytów (komórek kurczliwych serca), tak jak nie ma w trzustce takich, które mogłyby odtwarzać komórki produkujące insulinę. Podobnie kora mózgowa nie regeneruje się po uszkodzeniu.



Rycina 2. Rodzaje i właściwości komórek macierzystych (przygotowano za pomocą programu BioRender)

Potencjał różnicowania ESC wzbudził nadzieję na opracowanie terapii nieuleczalnych chorób, ale jednocześnie wywołał kontrowersje etyczne związane z metodą ich pozyskiwania. Poszukiwania alternatywy

dla ESC oraz błędne przekonanie o potencjale komórek macierzystych dorosłego organizmu doprowadziły do nieuzasadnionego biologicznie stosowania komórek izolowanych m.in. ze szpiku kostnego, krwi pępowinowej, tkanki tłuszczowej i łożyska (Dulak, 2020; Dulak & Pecyna, 2023).

W 2006 roku Shinya Yamanaka opracował metodę uzyskiwania indukowanych pluripotencjalnych komórek macierzystych (iPSC – ang. *induced pluripotent stem cells*) poprzez reprogramowanie komórek zróżnicowanych, np. skóry lub krwi (Slack, 2017; Dulak 2020). Dzięki wprowadzeniu dodatkowych kopii czterech genów („koktajlu Yamanaki") komórki zróżnicowane „cofają się" do stanu odpowiadającego ESC. Następnie można różnicować iPSC do wyspecjalizowanych komórek, podobnie jak ESC (Ryc. 2). Odkrycie to przyniosło Yamanace Nagrodę Nobla w 2012 roku (zdobytą wraz z sir Johnem Gurdonem) i zapoczątkowało nową erę badań biomedycznych.

Skuteczność terapii wykorzystujących komórki macierzyste została potwierdzona w leczeniu niedoborów odporności, białaczek i niedokrwistości, a także w regeneracji uszkodzonej skóry oraz uszkodzenia nabłonka rogówki oka. Każda z tych metod opiera się na zastosowaniu komórek macierzystych specyficznych dla danej tkanki. Przykładowo krwiotwórcze (hematopoetyczne) komórki macierzyste szpiku dają początek komórkom krwi, komórki macierzyste skóry regenerują naskórek, natomiast rąbkowe (limbalne) komórki macierzyste odbudowują uszkodzony nabłonek rogówki (Dulak 2020; Łoboda & Dulak, 2023).

Ujęcie problemowe pojęcia

Zastosowanie komórek pluripotencjalnych w terapiach chorób

Możliwości ESC oraz iPSC budzą duże nadzieje zastosowania np. po urazach rdzenia kręgowego. W USA prowadzone były eksperymentalne próby kliniczne, w których wykorzystano różnicowane z ESC prekursory oligodendrocytów – komórek odpowiedzialnych za wytwarzanie osłonki mielinowej nerwów – z zamiarem naprawy uszkodzonego rdzenia (Slack, 2017; Dulak, 2020). Pełne potwierdzenie skuteczności

takiej terapii u ludzi wymaga jednak wieloletnich obserwacji i ostrożności w ocenie, ponieważ poprawa może wynikać nie tylko z działania przeszczepionych komórek, ale również z niewystarczająco dokładnej diagnozy pierwotnego uszkodzenia bądź intensywnej rehabilitacji pacjenta (Dulak, 2020).

Pogląd, że pozyskiwanie ESC wiąże się z „zabijaniem istot ludzkich", był przyczyną decyzji prezydenta George'a W. Busha wstrzymującej finansowanie z funduszy federalnych (Slack, 2017). Sytuacja uległa zmianie po wyborze Baracka Obamy, niemniej spory ideologiczne trwają, mimo iż wiele badań prowadzonych jest na liniach ESC uzyskanych ponad 20 lat temu i nie wiąże się z pozyskiwaniem nowych zarodków. W licznych krajach, jak np. w Polsce, badania takie są praktycznie zakazane, a ograniczenia wiążą się nawet z wykorzystaniem już ustalonych linii ESC, dostępnych w bankach komórek.

W trakcie rozwoju płodu komórki macierzyste występują także w narządach, w których u dorosłego człowieka już ich nie ma. Eksperymentalne próby terapii choroby Parkinsona za pomocą takich komórek zostały po raz pierwszy przeprowadzone w Szwecji pod koniec ubiegłego wieku. W tych badaniach pacjentom przeszczepiono prekursory neuronów dopaminergicznych pozyskane z mózgów abortowanych płodów (aborcje były legalne, odbyłyby się niezależnie od pobrania komórek). W niektórych przypadkach doprowadziło to do poprawy stanu zdrowia. Takie zabiegi przeprowadzono u ponad stu osób, lecz ich stosowanie ograniczyły towarzyszące zabiegom dylematy etyczne i niejednoznaczne efekty kliniczne. Obecnie badania eksperymentalne koncentrują się na wykorzystaniu ESC oraz iPSC jako prekursorów neuronów dopaminergicznych (Abbott, 2025; Kirkeby i in., 2025).

Kliniczne zastosowania iPSC są na razie bardzo ograniczone (Kirkeby i in., 2025). Całkowicie pozbawione podstaw były zatem sugestie jednego z posłów oferującego takie „terapie". iPSC powstają w wyniku manipulacji genetycznych, a to rodzi obawy o ich bezpieczeństwo, możliwość wystąpienia mutacji w trakcie długotrwałej hodowli oraz ryzyko niepełnego zróżnicowania komórek, co może skutkować powstawaniem guzów – teratom. Ten ostatni problem dotyczy także ESC. Nikt rozsądny nie ma jednak zamiaru podawać niezróżnicowanych ESC czy iPSC, jedynie otrzymane z nich komórki wyspecjalizowane, np. neurony czy kardiomiocyty.

Pozyskiwanie iPSC nie wymaga zarodków z zapłodnienia *in vitro.* Nie byłoby jednak iPSC, gdyby nie badania nad ludzkimi ESC (wiedza o mysich ESC zastosowana do ludzkich iPSC byłaby zdecydowanie niewystarczająca). Dla zrozumienia procesów rozwojowych, które mogą się przyczynić np. do ulepszenia metod leczenia niepłodności, konieczne są badania nad rozwojem ludzkich zarodków. Ponadto uzyskiwanie iPSC poprzez manipulacje genetyczne sprawia, że te komórki różnią się pewnymi właściwościami od ESC. Pozostaje żywić nadzieję, że badania nad ESC umożliwią opracowanie terapii nieuleczalnych chorób.

Spory ideologiczne przyczyniły się także do pojawienia się innych problemów, które niestety dotykają wielu pacjentów, także w Polsce. Ograniczenie czy negowanie badań nad ESC, a zarazem przekonanie o wszechpotędze dowolnych komórek macierzystych były jedną z przyczyn rozkwitu koncepcji sugerujących, że niemal każdą chorobę można leczyć za pomocą komórek macierzystych niebudzących wątpliwości etycznych (Dulak, 2020; Dulak & Pecyna, 2023).

Takimi „etycznymi" komórkami miały być te pochodzące z narządów dorosłego człowieka lub z pępowiny. Sugerowano, że komórki ze szpiku kostnego mogą nie tylko regenerować krew, ale także ograniczać konsekwencje zawału serca czy nawet regenerować uszkodzoną tkankę nerwową, lecząc np. skutki udaru. Następnie sięgnięto po komórki z tkanki tłuszczowej, by w końcu zaproponować – jako szczególnie „etyczne" – wykorzystanie komórek z krwi pępowinowej czy też izolowanych ze sznura pępowinowego komórek galarety Whartona (Bianco i in., 2013; Sipp i in., 2018; Dulak, 2020). Wynikiem takich przekonań jest powstawanie instytucji oferujących „terapie komórkami macierzystymi". W USA liczba „klinik" oferujących zabiegi niezatwierdzone przez amerykańską Agencję ds. Leków i Żywności (FDA) podwaja się co kilka lat i obecnie przekroczyła już 2500. Ta swego rodzaju turystyka komórkowa – *stem cell tourism* – wykorzystuje nie tylko desperację i nieświadomość pacjentów, ale także brak wiedzy wielu lekarzy, a jej rozkwit napędzają media. W propagowaniu tych niesprawdzonych zabiegów często powołuje się na ich rzekomą zgodność z regulacjami prawnymi (Pecyna & Dulak, 2022; Dulak & Pecyna, 2023). W Polsce oferuje się komórki „macierzyste" w gabinetach medycyny kosmetycznej czy ortopedycznych (jako sposób na bolące stawy), ale także sugeruje się, że np. komórki

z galarety Whartona mogą pomóc w ciężkich chorobach neurologicznych czy zaburzeniach rozwojowych, takich jak autyzm lub mózgowe porażenie dziecięce (Rotkiewicz & Walewski, 2019; Dulak, 2020; Dulak & Pecyna, 2023).

Oferowanie niepotwierdzonych zabiegów, pobieranie za nie niezwykle wysokich opłat (sięgających kilkudziesięciu, a nawet kilkuset tysięcy złotych) należy ocenić krytycznie nie tylko z naukowego i medycznego, ale przede wszystkim etycznego punktu widzenia. Efektem dyskusji nad tymi problemami, podnoszonymi przez naukowców i lekarzy, w tym Komitet Biotechnologii PAN, który we wrześniu 2019 r. przygotował specjalne stanowisko w tej sprawie, było przyjęcie przez Naczelną Radę Lekarską (NRL) w dniu 8 kwietnia 2022 roku stanowiska opracowanego przez zespół do spraw komórek macierzystych i terapii komórkowych (https://nil.org.pl/uploaded_files/art_1713252251_stanowisko-nrl-i-tekst-8-kwietnia-2022.pdf).

W stanowisku tym czytamy:

> Zespół ekspertów do spraw terapii komórkowych i komórek macierzystych NRL zabiera głos w sprawie stosowania niepotwierdzonych rzetelnymi badaniami przedklinicznymi i klinicznymi zabiegów z wykorzystaniem komórek, określanych często jako „terapie z wykorzystaniem komórek macierzystych" i oferowanych jako panaceum na wiele chorób. Promowanie i przeprowadzanie komercyjnych zabiegów o nieustalonym bezpieczeństwie i skuteczności naraża pacjentów na efekty uboczne oraz często olbrzymie koszty. Może podważać także zaufanie społeczne do medycyny i nauki, w tym do innowacyjnych metod leczniczych.

Konkludując omówienie problemów związanych z oferowaniem takich kosztownych, a nieuprawnionych i niepotwierdzonych skutecznością zabiegów, NRL stwierdza w cytowanym stanowisku:

> Obecna sytuacja budzi uzasadnione obawy o właściwy nadzór nad tymi zabiegami. Pomimo że proces przygotowania komórek podawanych pacjentom odbywa się w miejscach wytwarzania nadzorowanych przez Główny Inspektorat Farmaceutyczny, a wykonywane zabiegi wykorzystują istniejące regulacje prawne, zabiegi te wzbudzają poważne wątpliwości etyczne i naukowe.

Innym zagadnieniem jest komercyjne bankowanie krwi pępowinowej czy też innych komórek określanych jako „macierzyste" jako swoistej polisy na przyszłość. Komórki krwi pępowinowej mogą być

wykorzystywane w terapii niektórych chorób krwi, mimo że ich obecne wykorzystanie, oceniane na około 1–2 na 10 000 przechowywanych próbek, stanowi tylko niewielką część zastosowania komórek szpiku kostnego. Nie ma jednak podstaw, a wręcz istnieją przeciwwskazania do stosowania ich u osób, z których pępowiny zostały pobrane, jeśli u takiego dziecka rozwinie się np. białaczka. Inne wątpliwości związane są z ryzykiem wykorzystania informacji genetycznej zgromadzonej w takich komercyjnych bankach. Czy zabezpieczenia przed jej nieuprawnionym użyciem są wystarczające? W świetle minimalnych szans zastosowania krwi pępowinowej pojawia się także pytanie o zasadność zachęcania do bankowania takich komórek.

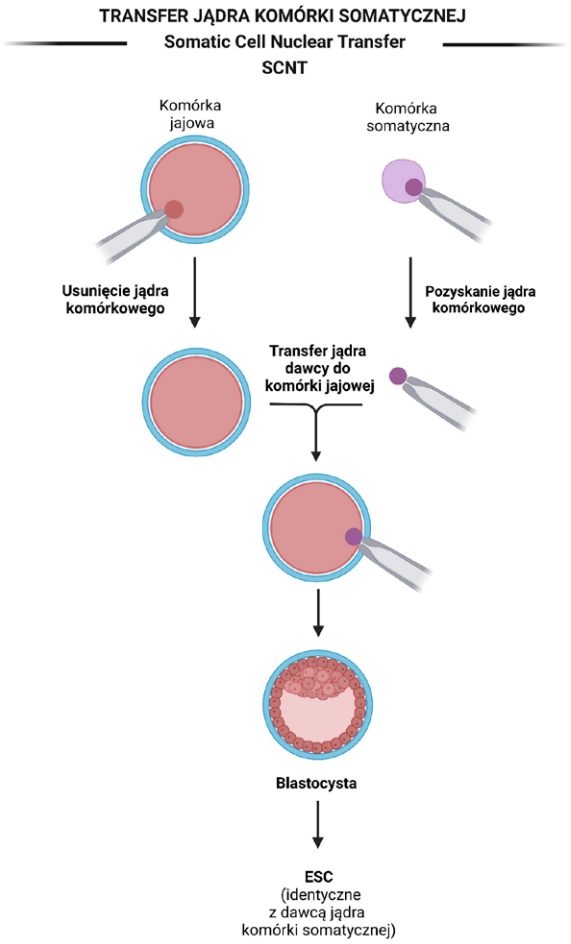
Modyfikacje genetyczne zarodkowych komórek macierzystych

Uzyskanie mysich ESC otworzyło drogę do ich niezwykłego wykorzystania w tworzeniu zwierząt modyfikowanych genetycznie oraz opracowania modeli chorób człowieka (Łoboda & Dulak, 2023). ESC hodowane w laboratorium można bowiem poddawać manipulacjom genetycznym, które polegają na wyłączeniu aktywności wybranych genów („nokaut" – ang. *knockout)* lub dodawaniu nowych genów.

Tak zmodyfikowane komórki można następnie wprowadzić do innych blastocyst, z których po wszczepieniu do macicy odpowiednio przygotowanej samicy myszy rozwijają się zwierzęta transgeniczne, posiadające cechy będące wynikiem modyfikacji genetycznych ESC. Podobne manipulacje przeprowadza się na ESC otrzymywanych od innych zwierząt. Możliwe jest np. uzyskiwanie modyfikowanych genetycznie świń, których narządy poprzez manipulacje genetyczne mają szansę stać się bardziej podobne do ludzkich i mogą być wykorzystane do przeszczepów (ksenoprzeszczepów). Jedna z firm hodujących te świnie wprowadziła 10, a druga aż 69 modyfikacji genetycznych. Polegają one m.in. na wyłączeniu genów świni odpowiedzialnych za bardzo szybkie (nadostre) odrzucanie przeszczepów (bez hamowania reakcji odpornościowej, czyli immunosupresji, niezmodyfikowane ksenoprzeszczepy odrzucane są w ciągu kilku minut lub godzin), a także wprowadzaniu ludzkich genów chroniących organy przed odrzucaniem (Łoboda & Dulak, 2023).

Dotychczas u pojedynczych pacjentów w USA i w Chinach, opierając się na zasadzie wyjątku (*compassionate use*), wykonano przeszczepy serca, nerek, wątroby oraz grasicy od transgenicznych świń. Pacjenci, którzy byli w bardzo ciężkim stanie i nie kwalifikowali się do przeszczepów ludzkich organów, przeżyli zazwyczaj nie dłużej niż miesiąc-dwa. Oprócz reakcji na ksenoprzeszczep, a także uaktywnienia się wirusów zwierzęcych, przyczyną śmierci był ponadto bardzo zły stan zdrowia chorych. W lutym 2025 roku FDA wyraziła zgodę na rozpoczęcie większej próby klinicznej przeszczepów nerek od transgenicznych świń.

Rycina 3. Schemat metody transferu jądra komórki somatycznej (SCNT) (przygotowano za pomocą programu BioRender)



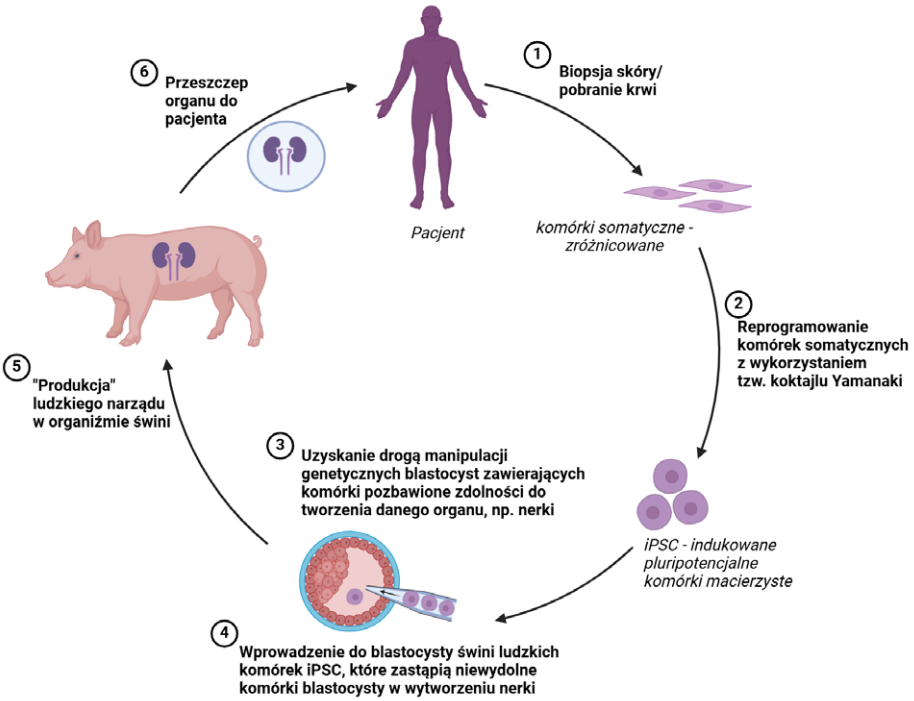
Innym ciekawym naukowo i etycznie zagadnieniem jest perspektywa wytwarzania ludzkich (w istocie częściowo ludzkich) narządów w organizmach zwierząt, np. świni. Dzięki odpowiednim manipulacjom genetycznym, w tym wykorzystaniu techniki klonowania SCNT (opisana powyżej – Ryc. 3) udało się otrzymać zwierzęta (myszy, szczury), których niektóre narządy rozwijały się przede wszystkim z komórek innego osobnika (tego samego lub pokrewnego gatunku). Proces ten polega na uzyskaniu zmodyfikowanych genetycznie blastocyst zawierających komórki pozbawione zdolności do tworzenia np. trzustki czy nerki. Aby z takich blastocyst mogły się rozwinąć ukształtowane zwierzęta, konieczne jest wprowadzenie do nich ESC lub iPSC innego osobnika, które zastąpią niewydolne komórki blastocysty w wytworzeniu trzustki czy nerki. Doświadczenia przeprowadzone na gryzoniach pokazały, że zmodyfikowane blastocysty szczurze uzupełnione ESC mysimi mogą rozwinąć się w szczury z mysimi nerkami. Sukcesem zakończyły się także odwrotne manipulacje (rozwój nerki szczurzej u myszy).

Teoretycznie jest zatem możliwe, by w organizmie świni rozwijały się np. częściowo ludzkie nerki (częściowo ludzkie, bowiem np. naczynia krwionośne czy nerwy będą w takim przypadku pochodzenia zwierzęcego) (Ryc. 4). Choć tego rodzaju możliwości pozostają na razie w sferze teorii, już dziś rodzą istotne dylematy etyczne – zarówno w kontekście bezpieczeństwa terapii, jak i praw zwierząt. Jeszcze większe kontrowersje mogłoby wzbudzić zastosowanie tej technologii np. do tworzenia zwierząt laboratoryjnych z mózgami zawierającymi w większości ludzkie komórki. Oczywiście jest to perspektywa bardzo odległa, jeśli w ogóle możliwa do realizacji (Greely & Farahany, 2021).

Zastąpienie chorego organu przez narząd zdrowy pochodzący od dawcy w zasadzie nie budzi wątpliwości etycznych. Zgoda na oddanie organu zmarłego człowieka jest słusznie uważana za szlachetny czyn. Za nieporozumienie z medycznego punktu widzenia należy uznać jednak sugerowane zastosowanie komórek macierzystych pochodzących od spontanicznie poronionych płodów. Za nieuzasadnione należy uznać twierdzenie, że zastosowanie komórek z płodów ze spontanicznej, nagłej aborcji jest analogiczne do przeszczepu od dorosłej, zmarłej nagle zdrowej osoby. Spontaniczne poronienia są bowiem spowodowane albo wadami natury genetycznej albo infekcjami, a jedynie rzadko nagłymi wydarzeniami, niezależnymi od stanu zdrowia matki czy płodu.

Przeszczepianie takich komórek niosłoby ryzyko przekazania biorcy nieprawidłowych genetycznie komórek lub infekcji. Z takich samych powodów nie pobiera się narządów do przeszczepów od osób zmarłych na nowotwory czy choroby zakaźne. W świetle tych faktów, sugestie niektórych, w tym związanych z Kościołem katolickim, że wykorzystanie takich komórek od poronionych płodów jest zasadne i etyczne (w domyśle inaczej niż zastosowanie ESC czy komórek od zdrowych, poddanych aborcji płodów) budzą także sprzeciw natury etycznej.

Rycina 4. Schemat hipotetycznej procedury uzyskiwania zwierząt wytwarzających ludzkie narządy, które następnie byłyby wykorzystywane do przeszczepów (przygotowano za pomocą programu BioRender)



Czym innym, potencjalnie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia, jest zastosowanie komórek macierzystych pochodzących ze zdrowych płodów poddanych aborcji z powodu decyzji kobiety. W Polsce aborcja na żądanie z przyczyn społecznych jest jednak niedopuszczalna, co sprawia, że rozważanie takiej możliwości jest dyskusją czysto teoretyczną. Jak wspomniano, w Szwecji pod koniec ubiegłego

wieku pacjentom z chorobą Parkinsona wszczepiono do mózgu komórki pobrane z mózgu kilkutygodniowych płodów poddanych aborcji. Procedura taka, mimo iż aborcje były legalne i przeprowadzane niezależnie od planowania tych prób terapeutycznych, budzi jednak wątpliwości etyczne (Steinbock & Menzel, 2024).

Możliwości eksperymentalne związane z zapłodnieniem *in vitro*

Dzięki zapłodnieniu *in vitro* urodziło się już około 10 milionów zdrowych dzieci. Ten podstawowy fakt medyczny jest niezaprzeczalny, a twierdzenia o rzekomych cechach (np. „bruzdy") odróżniających dzieci „z *in vitro*" od poczętych drogą klasyczną są całkowicie pozbawione podstaw naukowych. Rozważania o zygocie i zarodkach jako indywidualnych istotach ludzkich nie są poparte faktami naukowymi. Abstrahując od arbitralnych założeń religijnych, warto tylko przypomnieć, że kilkunastokomórkowe czy nawet bardziej zaawansowane zarodki mogą się podzielić i rozwijać niezależnie, jako bliźnięta jednojajowe. Podobnie zdarza się, chociaż oczywiście znacznie rzadziej, że jeden zarodek może dać początek trojaczkom lub czworaczkom jednojajowym (niezwykle rzadko).

Eksperymenty na zarodkach ludzkich *in vitro* są dopuszczalne w niektórych krajach. Ograniczeniem jest 14. dzień rozwoju, przyjęty w roku 1990 przez brytyjską instytucję HFEA (ang. *Human Fertilisation and Embryology Authority*) jako graniczny, bowiem po tym dniu w zarodku pojawiają się zaczątki cewy nerwowej. Można się zastanawiać, czy takie ograniczenie jest w pełni uzasadnione i poparte racjami medycznymi i etycznymi, zwłaszcza gdy eksperymenty, w tym manipulacje genetyczne nie mają na celu implantacji zarodka w macicy. Ostatnio ISSCR (ang. *International Society for Stem Cell Research*), największa międzynarodowa organizacja naukowców badających komórki macierzyste, zaproponowała wydłużenie tego okresu w uzasadnionych przypadkach (Lovell-Badge i in., 2021).

Innym niezwykle ciekawym zagadnieniem jest tworzenie modeli zarodków ludzkich w sposób alternatywny do zapłodnienia *in vitro*. Wykorzystuje się w tym celu ESC lub iPSC poddane dodatkowym

manipulacjom, umożliwiającym komórkom nabycie cech bardziej pierwotnych, zbliżonych do cech wczesnych blastomerów (Morris, 2023). Oprócz dyskusji naukowej dotyczących właściwości takich modeli oraz ich przystawalności do cech zarodków powstałych drogą naturalną, dyskusje etyczne dotyczą możliwości prowadzenia badań na takich strukturach przez czas znacznie dłuższy, niż jest to obecnie możliwe na zarodkach powstałych drogą zapłodnienia *in vitro* (Lovell-Badge i in., 2021).

W tym miejscu chciałbym rozważyć aspekty etyczne niektórych procedur *in vitro*, które nie są w sposób tak oczywisty i powszechny akceptowalne etycznie jak standardowa metoda *in vitro*, wykorzystywana przez pary heteroseksualne.

Należy do nich procedura stosowana u kobiet, nosicielek mutacji mitochondrialnych. Mitochondria przekazywane są tylko przez matkę. Każda komórka jajowa kobiety-nosicielki zawiera mitochondria ze zmutowanym genem w DNA mitochondrialnym, zatem każde dziecko takiej kobiety, które rozwinie się z jej zapłodnionej komórki jajowej, będzie obarczone mutacją i może zachorować (w zależności od tego, ile zmutowanych mitochondriów odziedziczy w komórce jajowej). Aby zapobiec chorobie, w 2015 roku Wielka Brytania zaakceptowała procedurę wykorzystującą pozbawioną mechanicznie jądra komórkę jajową zdrowej dawczyni. W jego miejsce wprowadza się jądro zygoty powstałej poprzez zapłodnienie komórki jajowej kobiety-nosicielki choroby mitochondrialnej. Otrzymana drogą takich manipulacji genetycznych zygota zawiera DNA od trzech osób. Powstały z niej zarodek wszczepia się do macicy kobiety – dawczyni DNA jądrowego, nosicielki mutacji w mitochondrialnym DNA. Dziecko, które może się urodzić w wyniku takiej procedury, będzie miało jądrowy materiał genetyczny pochodzący od matki i ojca (dawcy spermy) oraz DNA mitochondrialny pochodzący od dawczyni zdrowej komórki jajowej. Metoda ta nie jest jednak powszechnie dopuszczona, a jej stosowanie rodzi wątpliwości specjalistów, głównie ze względu na kwestie bezpieczeństwa i długoterminowych skutków dla zdrowia przyszłego dziecka (Lovell-Badge i in., 2021).

Można uznać, że w przypadku ludzi w zakresie zapłodnienia *in vitro* powszechnie akceptowalne są takie metody, które będąc wystarczająco bezpieczne, pozwalają na omijanie technicznych barier utrudniających naturalne poczęcie. Zatem zapłodnienie *in vitro* jest w pełni dopuszczalną metodą, ponieważ pozwala na rozwiązanie problemu niepłodności

spowodowanej czynnikami technicznymi – owszem biologicznymi, ale nie nieprzekraczalnymi barierami biologicznymi. Gdyby nie takie przeszkody, w normalnej sytuacji kobieta, która korzysta z procedury *in vitro*, mogłaby zajść w ciążę w sposób naturalny. Ponadto wiadomo, że procedura *in vitro* ma wystarczający zakres bezpieczeństwa dla poddającej się jej kobiety i przede wszystkim jest bezpieczna dla przyszłego dziecka.

Rozważmy jednak inne możliwości. Czy iPSC mogą być wykorzystane do eksperymentalnego uzyskania komórek jajowych kobiet, których jajniki z powodu problemów zdrowotnych albo po menopauzie utraciły zdolność do ich produkcji? Czy mogą posłużyć do otrzymania plemników u mężczyzn, których jądra nie wytwarzają (wystarczającej ilości) plemników albo są one niefunkcjonalne? Czy w takich przypadkach wyprodukowanie gamet z iPSC będzie możliwą do zaakceptowania metodą leczniczą?

Pierwszą kwestią jest oczywiście zagadnienie bezpieczeństwa takiej procedury i zapewnienie, że komórki jajowe i plemniki otrzymane w ten sposób będą wystarczająco funkcjonalne, by umożliwić po zapłodnieniu rozwój zdrowego zarodka i w konsekwencji urodzenie zdrowego dziecka. Czy taka rozszerzona procedura *in vitro* (podobnie jak opisana wyżej mająca już miejsce wymiana mitochondriów) może być uznana za bardziej zaawansowaną, ale medycznie dopuszczalną metodę leczenia niepłodności? Póki co są to jednak rozważania o charakterze teoretycznym. Niemniej badania, które opiszę poniżej, wskazują na takie możliwości.

Inne wątpliwości budzi zastosowanie zapłodnienia *in vitro* w przypadku par homoseksualnych – w tym związane z wynajmowaniem surogatek. Mężczyzna nigdy nie może urodzić dziecka, wobec tego męska para homoseksualna w żadnym wypadku nie ma możliwości posiadania biologicznego potomstwa drogą naturalną. Zatem procedura *in vitro* nie jest w tym przypadku przywróceniem stanu zdrowia. Z powodu takich oraz innych aspektów etycznych i prawnych instytucja surogatek nie jest dopuszczona w wielu krajach na świecie, całkowicie zakazana jest np. we Włoszech czy Hiszpanii, w Wielkiej Brytanii dopuszczalna jest tylko surogacja humanitarna, bez zysku materialnego dla kobiety-surogatki. Jest to jednak zagadnienie nieodnoszące się bezpośrednio do komórek macierzystych.

Teoretycznie można rozważyć uzyskanie komórek jajowych poprzez różnicowanie pluripotencjalnych komórek macierzystych męskich (posiadających, jak wiadomo, dwa różne chromosomy płciowe – X oraz Y),

a także plemników z komórek macierzystych żeńskich (z dwoma chromosomami X) (Adashi i in., 2024). W naturze jest to oczywiście niemożliwe i liczne bariery biologiczne wydają się nie do pokonania. Gdyby jednak udało się je przezwyciężyć, to takie procedury stwarzałyby teoretyczną możliwość posiadania biologicznych dzieci przez pary homoseksualne. Komórki jednego z mężczyzn w parze gejowskiej byłyby wtedy reprogramowane do iPSC, a następnie różnicowane do komórek jajowych, drugi mężczyzna byłby dawcą plemników. Analogicznie w przypadku pary lesbijskiej komórki jednej z kobiet mogłyby być reprogramowane do iPSC a następnie różnicowane do plemników, które posłużyłyby do zapłodnienia komórek jajowych partnerki. W 2023 roku japońscy, a ostatnio chińscy badacze, opublikowali pracę, w których opisali skomplikowane procedury prowadzące do uzyskania myszy będących efektem połączenia genomów dwóch samców. Wydajność tych zabiegów była minimalna, niemniej np. w doświadczeniach chińskich urodziły się myszy (obarczone wadami), które następnie osiągnęły wiek dojrzały. Inna grupa badawcza przedstawiła doświadczenia prowadzące do uzyskania myszy będących efektem połączenia genomów dwóch samic. Niezależnie od tego, jak bardzo takie doświadczenia są ograniczone istotnymi barierami biologicznymi utrudniającymi lub wręcz uniemożliwiającymi podobne manipulacje, jakiekolwiek plany zastosowania takich procedur u ludzi wydają się nieakceptowalne. Dodatkowo procedura polegająca na uzyskaniu zarówno plemników, jak i komórek jajowych z komórek macierzystych (iPSC) jednego osobnika i ich wykorzystania do (samo)zapłodnienia *in vitro* byłaby *de facto* formą (niemal) klonowania. Są to jednak – jak zaznaczono – w obecnym stanie wiedzy i technologii możliwości czysto teoretyczne. Nie są one także dopuszczane przez przyjęte w środowisku naukowym standardy etyczne.

Klonowanie

Bliźnięta jednojajowe (czy bardzo lub wyjątkowo rzadkie trojaczki i czworaczki jednojajowe), to osobniki powstałe w wyniku klonowania naturalnego – są bowiem identyczne genetycznie. Proces ten jest oczywiście całkowicie różny od klonowania polegającego na przeniesieniu jądra komórki somatycznej do pozbawianej jądra komórki jajowej

i zainicjowaniu rozwoju zarodka (jako pierwszy udanie wykonał klonowanie żab na początku lat 60. ub. wieku John Gurdon).

Wykorzystanie takiej procedury w celu rozmnażania ludzi jest powszechnie uznawane za niedopuszczalne. Nie jest bowiem zgodne z procesami biologicznymi wszczepienie do macicy zarodka powstałego drogą klonowania. Zatem, niezależnie od trudności technicznych, istniejących barier biologicznych i dużego ryzyka wad rozwojowych, klonowanie ludzi nie może być uznane za zabieg etyczny.

Procedura przeniesienia jądra komórki somatycznej do pozbawionej jądra komórki jajowej może być jednak wykorzystywana w celach innych niż reprodukcyjne. Taką procedurę prawidłowo określa się mianem transferu jądra komórki somatycznej (*somatic cell nuclear transfer* – SCNT), ale popularnie nazywane jest klonowaniem terapeutycznym, w odróżnieniu od klonowania reprodukcyjnego (Slack, 2017). Celem SCNT jest uzyskanie zarodków, z których mogą być wyprowadzone zarodkowe komórki macierzyste (Ryc. 3). Procedura ta budziła duże zainteresowanie przed odkryciem sposobu reprogramowania komórek somatycznych i uzyskiwania iPSC, bowiem była jedyną metodą pozwalającą na otrzymywanie autologicznych, pluripotencjalnych komórek macierzystych. Autologicznych, czyli identycznych genetycznie, gdyby biorcą terapii z zastosowaniem takich komórek był osobnik, którego jądra komórkowe posłużyły do SCNT. Czy raczej „niemal" autologicznych, bowiem w istocie ESC powstałe w wyniku klonowania mają odmienne mitochondria od dawcy jądra komórkowego dla SCNT (iPSC mają identyczne mitochondria jak komórki somatyczne, które posłużyły do ich otrzymania). Natomiast jeśli dawcą komórki jajowej i jądra komórki somatycznej byłaby ta sama kobieta – wtedy tak uzyskane ESC byłyby identyczne genetycznie z kobietą także pod względem mitochondriów.

Ta „drobna" różnica może mieć znaczenie w przypadku rozważanej terapii chorób mitochondrialnych. Jeżeli bowiem komórki pacjenta z chorobą mitochondrialną zostaną poddane reprogramowaniu do iPSC, to iPSC te nadal będą zawierały zmutowane mitochondria. Natomiast przeniesienie (SCNT) jądra komórki somatycznej takiego pacjenta do pozbawionej jądra komórki jajowej zdrowej dawczyni doprowadzi do uzyskania ESC z prawidłowymi mitochondriami.

SCNT u ludzi jest jednak niezwykle mało wydajny. Od czasu narodzin owieczki Dolly w 1996 roku, mimo udanych prób klonowania innych

ssaków (myszy, świnie, kozy, krowy), przez wiele lat uzyskanie ludzkiej blastocysty w wyniku SCNT było niewykonalne. Dopiero pewne modyfikacje warunków hodowli pozwoliły na przeprowadzenie częściowo udanych doświadczeń. Daleko im jednak do efektywności SCNT u zwierząt. W tej sytuacji wszelkie rozważania nad możliwością zastosowania terapeutycznego takich komórek pozostają teoretyczne. Niemniej w mojej ocenie zastosowanie SCNT do uzyskania ESC, które mogłyby pomóc pacjentowi z chorobą mitochondrialną, broni się pod względem etycznym.

Badania z wykorzystaniem SCNT są prowadzone w celu uzyskania modeli zwierzęcych chorób człowieka. Wątpliwości etyczne towarzyszą jednak modyfikacjom dokonywanym na zarodkach ssaków naczelnych, zwłaszcza jeśli w grę wchodzi jakość życia przyszłych zwierząt.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Zastosowania komórek macierzystych budzą liczne dyskusje natury etycznej. Przede wszystkim wynikają one z traktowania przez niektórych ludzkiej zygoty oraz kolejnych stadiów rozwojowych zarodka jako pełnoprawnych istot ludzkich. W takiej sytuacji uzyskiwanie ESC z blastocyst otrzymanych drogą zapłodnienia *in vitro* jest traktowane jako niedopuszczalne. Nie podzielam takiego poglądu z powodów przedstawianych wyżej, podkreślając tutaj chociażby jeszcze taki fakt biologiczny, że blastocysta nie ma szans na dalszy rozwój w pełny zarodek, a następnie płód i dziecko bez wszczepienia do ściany macicy. Ocenia się, że niemal połowa powstałych klasycznie blastocyst nie zagnieżdża się w macicy, zatem nie dochodzi do ciąży.

Z kolei zwolennicy bezkrytycznego terapeutycznego stosowania tkankowych komórek macierzystych (albo komórek jedynie tak nazywanych) argumentują, że metody te są etyczne, bowiem nie wiążą się z unicestwieniem zarodków. Takie stwierdzenia wiążą się czasem z powoływaniem się na rzekome pluripotencjalne właściwości macierzystych komórek tkankowych. W ramach tej argumentacji podkreśla się np., że w komisjach etycznych wydających zgody na stosowanie np. komórek z galarety Whartona pępowiny znajdują się przedstawiciele

Kościoła katolickiego. Sugeruje się niejako tym samym, że obecność tychże osób *a priori* gwarantuje poprawność i etyczność podejmowanych decyzji.

Czy bezpieczeństwo procedury, nawet stuprocentowe (praktycznie nigdy nieosiągalne), może być wystarczające dla uznania jej za etyczną w świetle ogólnoludzkich standardów humanistycznych? Co powinno być ostatecznym kryterium? Czy ustalenia oparte na regułach religijnych? Jeśli tak, to jakich? Czy zakładających, że jeden rodzaj poglądów religijnych jest lepszy niż inny? A może jednak zasadniczym i ostatecznym kryterium powinna być zgodność z biologią, z czymś, co gdyby nie przeszkody natury technicznej, miałoby dużą szansę zdarzyć się w sposób naturalny? Posiadanie biologicznego potomka przez parę heteroseksualną jest jak najbardziej naturalne, jednak biologicznego potomka nie mogą mieć pary tej samej płci. Wobec tego manipulacje genetyczne komórek pluripotencjalnych iPSC prowadzące (teoretycznie) do uzyskania gamet męskich i żeńskich od dwóch kobiet czy dwóch mężczyzn w celu wykonania zapłodnienia trzeba uznać za niezgodne z biologią.

Podobnie – żaden człowiek nie może się urodzić naturalnie w wyniku klonowania. Dlatego gdyby nawet klonowanie reprodukcyjne było porównywalnie bezpieczne jak zapłodnienie *in vitro*, procedurę taką moim zdaniem należałoby uznać za niezgodną z humanistycznymi standardami etycznymi.

Analizy przedstawione w tym rozdziale brały pod uwagę tylko aspekty biologiczne i bezpieczeństwo stosowanych procedur. Odrzucam często przywoływane przy takich okazjach rozważania o „zabawie w Boga", ponieważ zakładają one przyjęcie perspektywy religijnej, która opiera się na założeniu istnienia Boga, i to zapewne jeszcze boga określonej religii. Tego typu argumenty nie powinny być jednak stosowane w dyskusji naukowej i racjonalnej dyskusji etycznej.

Bibliografia

Abbott, A. (2025). The age of stem-cell therapy. *Nature*, *637*, 18–20.

Adashi, E.Y., Hayashi, K., & Cohen, I.G. (2024). Ethical and legal challenges in assisted same-sex conception through in vitro gamateogenesis. *Nature Medicine*, *30*, 322–323.

Bianco, P., Cao, X., Frenette, P.S. i in. (2013). The meaning, the sense and the significance: translating the science of mesenchymal stem cells into medicine. *Nature Medicine*, *19*(1), 35–42.

Dulak, J. (2020). Komórki macierzyste: zastosowania, perspektywy, nieporozumienia. *Nauka*, *1*, 99–123. DOI: 10.24425/nauka.2020.132624

Dulak, J., & Pecyna, M. (2023). Unproven cell interventions in Poland and the exploitation of European Union law on advanced therapy medicinal products. *Stem Cell Reports*, *18*(8), 1610–1620. DOI: 10.1016/j.stemcr.2023.05.017

Greely, H.T., & Farahany, N.A. (2021). Advancing the ethical dialogue about monkey/human chimeric embryos. *Cell*, *184*, 1962–1963.

Kirkeby, A, Main, H., & Carpenter, M. (2025). Pluripotent stem-cell-derived therapies in clinical trials: A 2025 update. *Cell Stem Cell*, *32*, 10–37.

Lovell-Badge, R., Anthony, E., Barker, R.A. i in. (2021). ISSCR Guidelines for Stem Cell Research and Clinical Translation: The 2021 update. *Stem Cell Reports*, *16*(6), 1398–1408. DOI: 10.1016/j.stemcr.2021.05.012

Łoboda, A., Dulak, J. (2023). Techniki inżynierii genetycznej w terapii genowej, medycynie regeneracyjnej i transplantacyjnej. W: J. Bal (red.), *Genetyka medyczna* (s. 409–431). Warszawa: PWN.

Morris, N. (2023). Stem cells model a two-week-old human embryo. *Nature*, *622*, 469–470.

Pecyna, M., Dulak, J. (2022). Pojęcie produktu leczniczego terapii zaawansowanej – wyjątku szpitalnego w prawie unijnym a regulacja prawa polskiego na przykładzie terapii z wykorzystaniem komórek macierzystych. *Europejski Przegląd Sądowy*, *11*(206), 12–20.

Rotkiewicz, M., & Walewski, P. (2019, 11 grudnia). *Śledztwo „Polityki". Złudne terapie komórkami macierzystymi*. Pobrano z: https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/nauka/1935142,1,sledztwo-polityki-zludne-terapie-komorkami-macierzystymi.read (dostęp: 05.06.2025).

Sipp, D., Robey, P.G., & Turner, L. (2018). Clear up this stem-cell mess. *Nature*, *561*, 455–457.

Slack, J. (2017). *Komórki macierzyste. Krótkie wprowadzenie*. Przeł. J. Błasiak & P. Tokarz. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Steinbock, B., & Menzel, P.T. (2024). *Bioetyka. Wszystko, co warto o niej wiedzieć*. Przeł. Z.B. Piętak & J. Zawiła-Niedźwiecki. Warszawa: PWN.

Jarosław Mikuczewski
Uniwersytet Ignatianum w Krakowie
Loyola University Chicago
https://orcid.org/0000-0003-1518-3770
https://doi.org/10.35765/slowniki.502

Koncepcja zdrowia i niepełnosprawności

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Pojęcia zdrowia i niepełnosprawności są obecnie rozumiane jako wielowymiarowe i dynamiczne stany, które obejmują aspekty biologiczne, psychiczne, społeczne oraz środowiskowe. Zdrowie postrzegane jest jako pełny dobrostan, a niepełnosprawność – jako rezultat interakcji między ograniczeniami jednostki a barierami środowiskowymi, które mogą utrudniać pełne uczestnictwo w życiu społecznym.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Rozumienie zdrowia i niepełnosprawności ulegało ewolucji przez wieki. W starożytnej Grecji zdrowie było postrzegane jako harmonia i równowaga, a w XIX wieku w modelu biomedycznym zaczęto kłaść nacisk na leczenie chorób. W XX wieku, po II wojnie światowej, pojawiła się koncepcja zdrowia jako „pełnego dobrostanu", wykraczająca poza brak choroby. Niepełnosprawność przeszła ewolucję od indywidualnego deficytu wymagającego leczenia do modelu społecznego, który podkreśla znaczenie barier środowiskowych.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Współczesne rozumienie zdrowia i niepełnosprawności koncentruje się na inkluzywności oraz usuwaniu barier społecznych i fizycznych, aby umożliwić pełne uczestnictwo osób z różnorodnymi ograniczeniami. Złożoność tych pojęć sprawia, że dostosowanie definicji do specyficznych kontekstów – prawnych, medycznych czy społecznych – staje się kluczowe. Współczesne modele, jak Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), łączą elementy modeli medycznych i społecznych, umożliwiając bardziej kompleksowe podejście do problemów osób z niepełnosprawnościami.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Na podstawie współczesnych modeli i badań nad zdrowiem i niepełnosprawnością można wyciągnąć wnioski o konieczności rozwijania polityk społecznych, które uwzględniają integrację i równość. Rekomendacje obejmują promowanie „projektowania uniwersalnego" oraz rozwój technologii wspierających, aby zapewnić pełną dostępność i uczestnictwo wszystkich obywateli. Przyszłe działania powinny uwzględniać również inkluzję społeczną jako kluczowy element budowania społeczeństwa, które akceptuje różnorodność, w tym niepełnosprawność jako wartość.

Słowa kluczowe: zdrowie, niepełnosprawność, model społeczny ICF, inkluzywność

Definicja pojęcia

Zdrowie i niepełnosprawność to kluczowe pojęcia w bioetyce, które mają istotne znaczenie dla współczesnej refleksji nad granicami ingerencji medycyny, sprawiedliwością społeczną i godnością osoby ludzkiej. Ich definicja kształtuje zarówno podejście do diagnostyki i terapii, jak i wpływa na decyzje etyczne dotyczące życia i śmierci. Wraz z rozwojem nauk medycznych i filozofii zdrowia pojęcia te stają się coraz bardziej wielowymiarowe, obejmując aspekty biologiczne, psychiczne, społeczne i kulturowe.

Cenną refleksję nad zagadnieniem definicji zdrowia podjął Jan Domaradzki, który uznaje je za zjawisko dynamiczne, wielowymiarowe i głęboko osadzone w kontekście społecznym, kulturowym oraz historycznym (Domaradzki, 2013). Według niego zdrowie nie jest statycznym stanem, lecz procesem wymagającym nieustannej adaptacji do zmieniających się warunków życia. Koncepcja ta odchodzi od redukcjonistycznych ujęć, koncentrujących się jedynie na braku choroby, na rzecz podejścia holistycznego, które obejmuje zarówno aspekty biologiczne, jak i społeczne oraz psychiczne. Zdrowie można więc rozumieć jako zdolność do realizacji potencjału jednostki, jej uczestnictwa w życiu społecznym oraz osiągania dobrostanu. Jest to także fenomen kulturowy, kształtowany przez normy społeczne, wartości oraz wyzwania stojące przed współczesną medycyną i społeczeństwem. W literaturze przedmiotu można wyróżnić rozmaite podejścia do definicji zdrowia, w tym biologiczne, funkcjonalne, holistyczne, relacyjne i subiektywne. Podejście biologiczne postrzega zdrowie jako stan równowagi biologiczno-fizjologicznej organizmu, gdzie nie ma patologii, co ilustruje definicja Galena wskazująca na harmonię i brak bólu. Funkcjonalne rozumienie zdrowia definiuje je jako zdolność jednostki do odgrywania ról społecznych i realizacji zadań, jak w koncepcji Talcotta Parsonsa. Holistyczne podejście, reprezentowane przez definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), opisuje zdrowie jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, choć jest ono krytykowane za swoją ogólnikowość. Relacyjne ujęcie definiuje zdrowie jako dynamiczną interakcję między jednostką a jej środowiskiem, uwzględniającą kontekst społeczny i kulturowy. Z kolei podejście subiektywne skupia się na indywidualnym poczuciu dobrostanu i zadowolenia, co podkreśla znaczenie osobistych doświadczeń zdrowia i choroby.

Warto również zaznaczyć, że w tradycji chrześcijańskiej zdrowie jest rozumiane jako całościowa kondycja człowieka, obejmująca zarówno wymiar cielesny, jak i duchowy. Człowiek, jako istota stworzona na obraz i podobieństwo Boga, jest wezwany do troski o siebie w sposób integralny – powinien dbać o swoje ciało i ducha jako nierozerwalnie powiązane aspekty swojej egzystencji. Dbanie o zdrowie nie jest więc jedynie indywidualnym wyborem, ale także moralnym obowiązkiem, wynikającym z odpowiedzialności za dar życia. Analogicznie rozumienie niepełnosprawności ewoluowało, obejmując szerokie spektrum ograniczeń, z którymi jednostka mierzy się w codziennym życiu. Społeczny model niepełnosprawności redefiniuje jej znaczenie, traktując ją nie jako deficyt zdrowotny, lecz jako konsekwencję społecznych i strukturalnych barier (Oliver, 1996). W ten sposób akcentuje się rolę społeczeństwa w tworzeniu warunków umożliwiających pełne uczestnictwo osób z niepełnosprawnościami w różnych sferach życia – od edukacji, przez rynek pracy, aż po dostęp do przestrzeni publicznej. W tym kontekście kluczowe stają się działania mające na celu zapobieżenie dyskryminacji i stygmatyzacji (Górska, 2007).

Zjawiska dyskryminacji i stygmatyzacji stanowią kluczowe wyzwania w kontekście społecznym osób z niepełnosprawnościami. Dyskryminacja może być definiowana jako nierówne traktowanie jednostki lub grupy ze względu na cechy takie jak rasa, płeć, wiek czy niepełnosprawność, które prowadzi do ograniczenia ich praw i możliwości (Górska, 2007). Stygmatyzacja natomiast odnosi się do procesów społecznych, w wyniku których jednostka zostaje napiętnowana i postrzegana przez pryzmat negatywnych stereotypów związanych z jej cechą, np. niepełnosprawnością. Jak wskazuje Kościelska (2000), stygmatyzacja prowadzi nie tylko do marginalizacji osób z niepełnosprawnościami, ale także do utrwalania społecznych barier, które ograniczają ich udział w życiu publicznym i społecznym.

W szczególny sposób do próby zdefiniowania i zrozumienia niepełnosprawności przyczynia się Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health), która oferuje narzędzie do analizy i oceny funkcjonowania jednostki w kontekście jej interakcji ze środowiskiem. Klasyfikacja ICF uwzględnia zarówno aspekty zdrowotne, jak i środowiskowe, podkreślając, że niepełnosprawność nie jest wyłącznie

stanem zdrowia, lecz zjawiskiem wynikającym z różnych czynników, które wpływają na funkcjonowanie jednostki. Dzięki temu ICF umożliwia bardziej precyzyjne zrozumienie, jakie działania mogą poprawić jakość życia osób z niepełnosprawnościami – od wsparcia środowiskowego po adaptację infrastruktury, co sprzyja tworzeniu społeczeństwa bardziej inkluzywnego (WHO, 2001).

Kształtowanie definicji zdrowia i niepełnosprawności ma istotne konsekwencje bioetyczne, zwłaszcza w zakresie diagnostyki prenatalnej i selekcji genetycznej. Postęp w genetyce umożliwia wykrywanie chorób i niepełnosprawności jeszcze przed narodzinami, co rodzi pytania dotyczące etycznych granic ingerencji w ludzkie życie. Decyzje o eliminacji płodów z wadami genetycznymi zmuszają do zastanowienia się nad fundamentalnymi kwestiami związanymi z wartością życia ludzkiego i ewentualną dyskryminacją osób już żyjących z podobnymi schorzeniami (Kościelska, 2000). Refleksja bioetyczna dotyczy tu również kwestii moralnej odpowiedzialności lekarzy oraz rodziców wobec diagnozy prenatalnej, a także granic technologicznego interwencjonizmu w życie ludzkie.

Kolejnym istotnym zagadnieniem jest autonomia pacjenta z niepełnosprawnością w kontekście decyzji o eutanazji i asystowanym samobójstwie. W niektórych systemach prawnych dopuszcza się takie rozwiązania dla osób cierpiących na przewlekłe choroby i niepełnosprawności, co rodzi pytania o rzeczywistą wolność wyboru, zwłaszcza gdy osoby te czują się naciskane do podjęcia decyzji o zakończeniu życia ze względu na społeczne postrzeganie ich egzystencji jako obciążenia (WHO, 2001).

Bioetyka zajmuje się również kwestiami równości dostępu do opieki zdrowotnej i nowoczesnych technologii medycznych. Rozwój medycyny może prowadzić do pogłębiania nierówności społecznych, gdy niepełnosprawność wiąże się z ograniczonym dostępem do leczenia, rehabilitacji i technologii wspomagających. W tym kontekście kluczowym zagadnieniem badawczym jest zagwarantowanie sprawiedliwości w dostępie do zasobów medycznych oraz potrzeba uwzględnienia systemowych rozwiązań eliminujących bariery zdrowotne i społeczne.

W obszarze refleksji bioetycznej istotną rolę odgrywa także personalizm chrześcijański, który dostarcza podstaw filozoficznych i etycznych do analizy godności osoby ludzkiej niezależnie od jej zdolności

fizycznych czy intelektualnych. Tradycja chrześcijańska postrzega zdrowie jako kondycję człowieka w wymiarze cielesnym i duchowym, a troska o nie jest nie tylko indywidualnym wyborem, ale także moralnym obowiązkiem wynikającym z odpowiedzialności za dar życia (Jan Paweł II, 1995).

Z tej perspektywy etyka troski i solidarności staje się fundamentem refleksji bioetycznej nad niepełnosprawnością. W tym kontekście warto odwołać się do myśli Alasdaira MacIntyre'a, który w swoich pracach, zwłaszcza w *Dependent Rational Animals*, podkreśla znaczenie ludzkiej zależności i wspólnotowości (MacIntyre, 1999). Przyjęcie tej perspektywy pozwala dostrzec, że solidarność i odpowiedzialność za najsłabszych nie są kwestiami wyboru, lecz moralnym obowiązkiem zakorzenionym w samej naturze człowieka.

Zagadnienia zdrowia i niepełnosprawności stanowią więc kluczowy obszar badań w bioetyce, obejmujący zarówno kwestie filozoficzne, jak i praktyczne. Obejmuje on m.in. definiowanie granic medycyny, etykę interwencji genetycznych, autonomię pacjenta, równość w dostępie do leczenia oraz moralne zobowiązania społeczeństwa wobec osób z niepełnosprawnością. Współczesna bioetyka nie tylko analizuje te zagadnienia, ale także stara się proponować rozwiązania oparte na sprawiedliwości, solidarności i godności każdej osoby.

Analiza historyczna pojęcia

Rozumienie zdrowia i niepełnosprawności przeszło przez wieki znaczną ewolucję od prostych ujęć fizycznych po wieloaspektowe, złożone koncepcje, które uwzględniają zarówno czynniki biologiczne, jak i społeczne oraz kulturowe.

W starożytności zdrowie postrzegano jako stan harmonii ciała, umysłu i ducha, zintegrowany z naturalnym środowiskiem i porządkiem kosmicznym. Choroby interpretowano jako zaburzenia tej równowagi, spowodowane zarówno czynnikami fizycznymi, jak i duchowymi. W Egipcie zdrowie wiązano z równowagą płynów ustrojowych, a choroby przypisywano zakłóceniom wywołanym przez siły nadprzyrodzone. Leczenie miało charakter holistyczny i obejmowało stosowanie ziół, rytuały oraz zaklęcia, co dokumentuje m.in. *Papirus Ebersa*,

jeden z najstarszych tekstów medycznych (Markowski, 2015). Podobnie w Mezopotamii choroby uważano za efekt gniewu bogów lub działania złych duchów, a kapłani odgrywali rolę uzdrowicieli, łącząc praktyki religijne z ziołolecznictwem.

W starożytnej Grecji nastąpiło przejście do bardziej systematycznego i naturalistycznego rozumienia zdrowia. Hipokrates wprowadził teorię czterech humorów (krew, flegma, żółta i czarna żółć), które odpowiadały różnym temperamentom i porom roku. Zdrowie polegało na ich równowadze, a choroby były skutkiem jej zaburzenia (Nowak, 2018). Leczenie opierało się na przywróceniu tej harmonii poprzez dietę, ćwiczenia fizyczne i zabiegi, takie jak upuszczanie krwi. Galen, rozwijając idee Hipokratesa, połączył teorię humorów z badaniami anatomicznymi, kładąc podwaliny pod medycynę Zachodu.

Tradycyjna medycyna chińska opierała się na koncepcji harmonii yin i yang oraz przepływu energii życiowej qi. Choroby były wynikiem zakłóceń w przepływie qi lub nierównowagi między siłami yin i yang. Leczenie polegało na przywróceniu tej równowagi poprzez akupunkturę, zioła lecznicze, ćwiczenia takie jak tai chi oraz dostosowanie stylu życia do pór roku i warunków środowiskowych (Unschuld, 2003). Starożytne rozumienie zdrowia i choroby było złożone i obejmowało zarówno aspekty fizyczne, duchowe, jak i środowiskowe. Holistyczne podejście do zdrowia, które wykształciło się w tych cywilizacjach, stanowiło fundament dla późniejszego rozwoju nauk medycznych i współczesnego podejścia do dobrostanu człowieka. Okres średniowieczny charakteryzował się głęboko duchowym rozumieniem zdrowia, gdzie dobrostan fizyczny był ściśle powiązany z życiem moralnym i duchowym. W Europie nauki chrześcijańskie kładły nacisk na związek między ciałem a duszą, a choroby często interpretowano jako boską próbę lub wezwanie do duchowej odnowy. Praktyki lecznicze były zakorzenione w wierze, z klasztorną opieką, pielgrzymkami i wstawiennictwem świętych odgrywającymi centralne role. Tymczasem w świecie islamskim uczeni tacy jak Awicenna rozwijali holistyczne podejście do zdrowia, łączące obserwację empiryczną z opieką duchową, doprowadzając do ukształtowania bogatej tradycji wiedzy medycznej, która później wpłynęła na Europę. Średniowieczne rozumienie zdrowia położyło fundamenty pod bardziej holistyczny pogląd na człowieka, zgodnie z którym fizyczne, psychiczne i duchowe wymiary życia były uważane za nierozdzielne. Choć czarna

śmierć zakwestionowała niektóre z tych wierzeń, prowadząc do stopniowego przesunięcia w kierunku bardziej empirycznych podejść, okres średniowieczny uwypuklił znaczenie integracji zdrowia ciała i ducha, wpływając na późniejsze koncepcje holistycznego zdrowia.

W okresie renesansu nastąpiło odrodzenie klasycznej wiedzy medycznej, oparte na ponownym odkryciu dzieł Hipokratesa i Galena. Ich tłumaczenia z arabskiego na łacinę pozwoliły na rozwój badań nad zdrowiem i ciałem ludzkim. Kluczowym osiągnięciem było położenie nacisku na empiryczne badania anatomii, czego przykładem była praca Andreasa Vesaliusa *De humani corporis fabrica* (1543), w której przedstawił szczegółowe ilustracje budowy ciała, podważając wcześniejsze opisy Galena. Renesans odrzucił średniowieczne postrzeganie ciała jako naczynia dla duszy, skupiając się na jego fizycznych mechanizmach (Kowalski, 2021). Nowe podejście do zdrowia rozwijał także Paracelsus, który odrzucił teorię humorów, wprowadzając koncepcję chemicznych przyczyn chorób i terapii mineralnych. Jego prace, opierające leczenie na analizie substancji chemicznych i ich wpływu na organizm, stanowiły wstęp do późniejszego rozwoju farmakologii. Oświecenie umocniło empiryczne i racjonalne podejście do medycyny. Mechanistyczna wizja ciała, zaproponowana przez Renégo Descartes'a, traktowała organizm jako precyzyjnie działającą maszynę, co sprzyjało rozwojowi naukowych metod badania zdrowia. William Harvey w *De Motu Cordis* (1628) opisał rolę serca jako pompy napędzającej krążenie krwi, co zapoczątkowało nowoczesną fizjologię. Epoka oświecenia przyczyniła się także do narodzin zdrowia publicznego i epidemiologii. John Graunt, analizując statystyki umieralności, dostrzegł wzorce zachorowań, kładąc podwaliny pod badania nad wpływem warunków życia na zdrowie populacji. Najważniejszym efektem przemian renesansu i oświecenia było stopniowe odchodzenie od duchowych wyjaśnień zdrowia i chorób. Zamiast traktować choroby jako wynik boskiej woli, zaczęto analizować ich przyczyny w kategoriach naturalnych, opartych na badaniach i dowodach empirycznych. Ten proces przygotował grunt pod nowoczesny model biomedyczny, który ukształtował rozwój medycyny w XIX i XX wieku.

XIX wiek był okresem przełomowym w rozwoju medycyny, w którym dominację zyskał model biomedyczny. Zdrowie zaczęto definiować jako brak choroby, a jej przyczyn doszukiwano się w fizycznych i biologicznych czynnikach, takich jak patogeny, zaburzenia genetyczne czy

dysfunkcje narządów. Podejście to przekształciło praktykę lekarską, odchodząc od wcześniejszych koncepcji holistycznych na rzecz redukcjonizmu biologicznego (Bernard, 1865).

Fundamentem biomedycznego rozumienia choroby było przekonanie, że organizm ludzki funkcjonuje jak mechanizm, który można badać i leczyć, opierając się na procesach fizycznych i chemicznych. Kluczową rolę odegrała teoria zarazków rozwinięta przez Louisa Pasteura (1865) i Roberta Kocha (1882), która wykazała, że choroby zakaźne wywoływane są przez mikroorganizmy. Odkrycia te zmieniły sposób postrzegania zdrowia, eliminując wcześniejsze teorie, takie jak koncepcja miazmatów. Równocześnie postępy w anatomii i fizjologii przyczyniły się do lepszego poznania funkcjonowania organizmu, a rozwój medycyny laboratoryjnej umożliwił diagnozowanie chorób na podstawie badań naukowych, a nie jedynie subiektywnych obserwacji.

W XIX wieku nastąpiła również profesjonalizacja medycyny. Szkolnictwo medyczne zaczęło kłaść nacisk na badania naukowe, anatomię, fizjologię i patologię, a lekarze stali się ekspertami diagnozującymi choroby na podstawie analiz biologicznych. W 1910 roku raport Flexnera zainicjował reformę edukacji medycznej, umacniając rygor naukowy i metody laboratoryjne w szkoleniu lekarzy. Proces ten doprowadził do hierarchizacji zawodu, gdzie lekarze zdobyli autorytet naukowy, a ich diagnozy traktowano jako obiektywne i niezależne od indywidualnych doświadczeń pacjentów.

Model biomedyczny, który zdominował medycynę XIX wieku, przyczynił się do ogromnych postępów w diagnostyce i leczeniu chorób, a także w zdrowiu publicznym. Sukcesy w walce z chorobami zakaźnymi oraz rozwój medycyny laboratoryjnej umocniły jego pozycję, jednak redukcjonistyczne podejście, koncentrujące się wyłącznie na biologicznych aspektach choroby, pomijało szeroki kontekst społeczny i psychologiczny pacjenta. Pomimo tych ograniczeń biomedyczny sposób myślenia o zdrowiu pozostał fundamentem współczesnej medycyny, choć w XX wieku zaczęto go stopniowo rozszerzać o podejście holistyczne i biopsychospołeczne.

Przykładem takiego działania jest definicja zdrowia, która została sporządzona przez Światową Organizację Zdrowia w 1946 roku. W definicji tej czytamy, że zdrowie to: „stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub kalectwa”

(WHO, 1946). Definicja ta otworzyła drogę do bardziej złożonych koncepcji zdrowia, uwzględniających różne wymiary dobrostanu jednostki.

W latach 60. i 70. XX wieku pojawił się model społeczny niepełnosprawności, który postrzegał niepełnosprawność jako problem społeczny, a nie wyłącznie medyczny. Pionierem tego podejścia był Mike Oliver, który stwierdził, że niepełnosprawność wynika z barier stworzonych przez społeczeństwo, a nie z deficytów jednostki. Społeczny model znacząco wpłynął na politykę oraz dyskusje akademickie i prawne, inspirując powstanie międzynarodowych aktów prawnych, takich jak Americans with Disabilities Act (1990) oraz Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych (2006), które promują równość i likwidację barier.

W kontekście złożoności zjawiska niepełnosprawności kluczowe stało się narzędzie, jakim jest Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), opracowana przez WHO w 2001 roku. ICF integruje biologiczne, społeczne i środowiskowe aspekty niepełnosprawności, zapewniając kompleksowy model do opisu zdrowia i niepełnosprawności. Oparta na trzech kluczowych wymiarach – funkcjonowaniu ciała, aktywności jednostki i uczestnictwie społecznym – ICF zwraca uwagę na dynamikę interakcji między stanem zdrowia jednostki a czynnikami środowiskowymi. Uznaje, że niepełnosprawność jest zjawiskiem ciągłym i może dotyczyć każdego człowieka w różnych momentach życia (Leonardi i in., 2006).

Analiza historycznego rozwoju koncepcji zdrowia i niepełnosprawności, a także współczesne zastosowanie ICF ukazują ewolucję w kierunku bardziej złożonego i inkluzywnego podejścia do zdrowia. Ta zmiana nie tylko odzwierciedla wzrastającą świadomość społeczną, ale także rosnące zrozumienie wpływu zewnętrznych czynników na funkcjonowanie jednostek. W tym kontekście podejście zintegrowane, które uwzględnia aspekty medyczne, społeczne i środowiskowe, staje się nieodzowne, aby lepiej rozumieć i odpowiadać na potrzeby osób z niepełnosprawnościami.

Podsumowując, ewolucja w rozumieniu zdrowia i niepełnosprawności, od teorii humoralnej starożytnej Grecji po współczesne modele takie jak ICF, odzwierciedla zmieniające się wartości i priorytety społeczne. Przejście od modelu medycznego, poprzez model społeczny, do modelu ekologicznego i zdrowia planetarnego wskazuje na wzrastającą świadomość tego, że zdrowie i niepełnosprawność to nie tylko

indywidualne doświadczenia, ale także elementy złożonej sieci zależności społecznych i ekologicznych. Dzisiejsze rozumienie zdrowia obejmuje zarówno dobrostan fizyczny i psychiczny, jak i zdolność jednostek do adaptacji w zmieniającym się środowisku, tworząc fundamenty pod bardziej sprawiedliwe i zrównoważone społeczeństwa przyszłości.

Ujęcie problemowe pojęcia

Pojęcia zdrowia i niepełnosprawności są kluczowe w debacie bioetycznej, a ich znaczenie wykracza poza tradycyjne rozumienie medyczne, obejmując konteksty społeczne, kulturowe, filozoficzne i etyczne. Współczesna bioetyka, zwłaszcza w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością, mierzy się z wieloma dylematami, wynikającymi z różnych definicji i interpretacji tych pojęć. Dyskusja nad zdrowiem i niepełnosprawnością nie ogranicza się wyłącznie do sfery medycznej. Obejmuje ona również konteksty prawne, polityczne i filozoficzne. Współczesne wyzwania, takie jak postęp w medycynie regeneracyjnej, diagnostyka prenatalna czy rozwój sztucznej inteligencji w opiece zdrowotnej, prowadzą do postawienia pytań o etyczne konsekwencje redefiniowania zdrowia i niepełnosprawności. Również społeczne postrzeganie osób z niepełnosprawnością ulega zmianie – od modelu opiekuńczego ku modelowi integracyjnemu, w którym podkreśla się ich autonomię i równość w społeczeństwie.

Jeśli chodzi o zdrowie, to jeden z głównych problemów w bioetyce polega na określeniu, czym ono jest i jakie powinno być jego rozumienie. Jak już wspomniano, wyróżniamy dwa dominujące podejścia: model biomedyczny definiuje zdrowie jako brak choroby lub uszkodzenia organizmu. Jest to podejście redukcjonistyczne, które skupia się na diagnozie i terapii zaburzeń funkcjonowania ciała. Natomiast model holistyczny, stosowany m.in. przez WHO, traktuje zdrowie jako stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, podkreślając subiektywne doświadczenie zdrowia i jego wielowymiarowość. Oba podejścia mają swoje ograniczenia. Model biomedyczny pomija psychologiczne i społeczne aspekty zdrowia, redukując je do wskaźników fizjologicznych, co może prowadzić do nadmiernej medykalizacji życia. Z kolei ujęcie holistyczne, choć bardziej kompleksowe, jest na tyle szerokie, że

trudno je zastosować w praktyce klinicznej i polityce zdrowotnej, ponieważ wymaga uwzględnienia subiektywnych doświadczeń pacjentów oraz ich otoczenia społecznego. Istnieje również kwestia, czy zdrowie powinno być traktowane wyłącznie jako stan fizjologiczny, czy też jako warunek szczęścia i samorealizacji jednostki. W tym kontekście pojawia się problem subiektywności: czy zdrowie powinno być określane obiektywnie na podstawie parametrów medycznych, czy też należy uwzględniać poczucie zdrowia samego pacjenta? Definicja zdrowia ma także wpływ na prawa pacjentów i dostęp do leczenia. Przyjęcie szerszej definicji zdrowia może prowadzić do rozszerzenia katalogu osób kwalifikujących się do interwencji medycznych, co z kolei rodzi pytania o etyczne i ekonomiczne granice systemów ochrony zdrowia.

W kontekście niepełnosprawności napotykamy na podobną trudność. Pojęcie to można analizować zarówno w kontekście biologicznym, jak i społecznym. Model medyczny traktuje niepełnosprawność jako defekt biologiczny, wynikający z uszkodzenia organizmu lub braku pełnej sprawności fizycznej, intelektualnej bądź sensorycznej. W tym ujęciu celem medycyny jest zidentyfikowanie i zminimalizowanie skutków niepełnosprawności, co prowadzi do rozwoju technologii wspomagających, terapii oraz procedur rehabilitacyjnych. Krytyka tego modelu wskazuje jednak na jego redukcjonizm, ponieważ skupia się on wyłącznie na ograniczeniach jednostki, pomijając konteksty społeczny i relacyjny. W odpowiedzi na ograniczenia modelu medycznego powstał model społeczny niepełnosprawności, który zwraca uwagę na wpływ barier społecznych, kulturowych i środowiskowych na życie osób z niepełnosprawnością. Zgodnie z tym podejściem niepełnosprawność nie wynika jedynie z biologicznych ograniczeń, ale jest konstruktem społecznym, który uwidacznia się w nieprzystosowaniu infrastruktury, norm kulturowych i instytucji do potrzeb osób z różnymi formami sprawności. Kluczowym elementem tego modelu jest postulowanie zmiany społecznej, w tym likwidacji barier architektonicznych, prawnych i komunikacyjnych, jako podstawy integracji i włączenia osób z niepełnosprawnością w życie społeczne.

Modele egzystencjalny i fenomenologiczny uzupełniają te perspektywy, koncentrując się na doświadczeniu osoby z niepełnosprawnością oraz jej relacji z otoczeniem. Maurice Merleau-Ponty oraz Edmund Husserl analizowali, jak zmienione ciało wpływa na percepcję świata, interakcje społeczne i poczucie tożsamości. W tym ujęciu niepełnosprawność

jest nie tylko stanem biologicznym, ale także fenomenem egzystencjalnym, który wymaga indywidualnego podejścia, uznającego subiektywne przeżycia i potrzeby.

Różnorodność modeli prowadzi do wielu dylematów etycznych i społecznych. Jednym z nich jest pytanie o to, czy społeczeństwo ma moralny obowiązek dostosowania się do potrzeb osób z niepełnosprawnością, czy też osoby te powinny podejmować wysiłki, by w pełni funkcjonować w istniejących strukturach. Z perspektywy bioetyki problematyczne jest również określenie granic interwencji medycznych i technologicznych: czy powinny one dążyć do całkowitej eliminacji skutków niepełnosprawności, czy raczej wspierać osoby w życiu zgodnym z ich indywidualnymi potrzebami i możliwościami?

Współczesne podejścia do niepełnosprawności coraz częściej łączą elementy różnych modeli, uznając, że pełne zrozumienie tego zjawiska wymaga zarówno uwzględnienia biologicznych aspektów, jak i analizy kontekstu społecznego. Ważne jest również promowanie postaw solidarności i inkluzywności, które podkreślają wartość różnorodności w społeczeństwie. Integracja tych podejść może prowadzić do bardziej sprawiedliwego i zrównoważonego społeczeństwa, w którym osoby z niepełnosprawnością mają możliwość pełnego uczestnictwa we wszystkich sferach życia.

Bioetyka mierzy się z różnymi koncepcjami wartości zdrowia i życia osób z niepełnosprawnością. Możemy wyróżnić kilka podejść etycznych. Utylitaryzm (Jeremy Bentham, Peter Singer) postrzega zdrowie i sprawność fizyczną jako wartości, które zwiększają użyteczność jednostki i społeczeństwa. W tym kontekście niepełnosprawność może być traktowana jako ograniczenie jakości życia, co rodzi kontrowersje wokół eutanazji i selekcji prenatalnej. Odpowiedzią na taką funkcjonalistyczną perspektywę jest personalizm chrześcijański, który zakłada, że każde życie ma wartość, niezależnie od sprawności fizycznej i intelektualnej, a niepełnosprawność nie obniża godności człowieka.

Personalizm chrześcijański odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu etycznego podejścia do osób z niepełnosprawnościami, akcentując ich niezbywalną godność niezależnie od zdolności fizycznych czy intelektualnych. W przeciwieństwie do ujęć utylitarystycznych czy biopolitycznych, które często oceniają wartość ludzkiego życia przez pryzmat jego „przydatności" lub „jakości", personalizm chrześcijański koncentruje się

na niezbywalnej wartości każdej osoby ludzkiej jako bytu stworzonego na obraz i podobieństwo Boga (Jan Paweł II, 1995). Jan Paweł II w *Evangelium vitae* wskazywał, że życie ludzkie posiada wartość niezależną od jego stanu zdrowia czy stopnia sprawności, a każda osoba – także ta z niepełnosprawnością – jest wezwaniem do miłości i relacji, które kształtują zarówno jej własne człowieczeństwo, jak i społeczeństwo, w którym funkcjonuje. Papież podkreślał również, że troska o osoby słabsze, chore i marginalizowane jest nie tylko obowiązkiem społecznym, ale także wyrazem miłości bliźniego i prawdziwej ludzkiej solidarności (Jan Paweł II, 1995). Podobne stanowisko reprezentował Jacques Maritain, który w swoich pracach nad prawami człowieka akcentował, że społeczeństwo ma moralny obowiązek zapewnienia odpowiednich warunków do godnego życia każdej osobie, niezależnie od jej fizycznych ograniczeń. Maritain zwracał uwagę, że autentyczny rozwój społeczeństwa nie może odbywać się kosztem osób najsłabszych, lecz powinien opierać się na zasadzie sprawiedliwości i dobra wspólnego (Maritain, 1947). Alasdair MacIntyre, rozwijając personalistyczną refleksję nad ludzką kondycją, zwrócił uwagę na fundamentalne znaczenie zależności w życiu człowieka. W *Dependent Rational Animals* (1999) argumentował, że ludzka autonomia i racjonalność nie są cechami absolutnymi, lecz wynikają z relacyjnego charakteru naszego istnienia. Społeczeństwa budowane na etyce troski powinny stawiać sobie za cel włączenie i wspieranie osób najbardziej narażonych, a nie ich marginalizowanie.

Podsumowując, należy podkreślić, że pojęcia zdrowia i niepełnosprawności mają nie tylko wymiar medyczny, lecz także społeczny, filozoficzny i etyczny, co czyni je kluczowymi tematami współczesnej bioetyki. Różne modele – biomedyczny, holistyczny, społeczny, egzystencjalny i personalistyczny – oferują odmienne perspektywy na te zagadnienia, wskazując zarówno na ograniczenia, jak i możliwości ich interpretacji. Wyzwania związane z postępem medycyny, rozwojem technologii i zmianami społecznymi skłaniają do refleksji nad tym, jakie wartości powinny kształtować podejście do zdrowia i niepełnosprawności w polityce zdrowotnej i w życiu społecznym. Integracja różnych perspektyw oraz uznanie godności każdej osoby, niezależnie od jej sprawności, pozwala budować bardziej sprawiedliwe i solidarne społeczeństwo, w którym troska o najsłabszych staje się wyrazem autentycznej etyki troski i dobra wspólnego.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Analiza pojęć zdrowia i niepełnosprawności w kontekście bioetyki ukazuje ich złożoność oraz wielowymiarowość, co wymaga integracji różnych perspektyw teoretycznych i praktycznych. Zdrowie nie jest jedynie brakiem choroby, a niepełnosprawność nie może być postrzegana wyłącznie jako deficyt biologiczny – oba pojęcia kształtowane są przez czynniki medyczne, społeczne, filozoficzne oraz kulturowe. Dlatego kluczowe jest przyjęcie podejścia interdyscyplinarnego, które uwzględnia zarówno aspekty biomedyczne, jak i szeroko pojęte uwarunkowania społeczne. Bioetyka w tym zakresie powinna nie tylko wypracowywać standardy etyczne dla medycyny, ale również proponować rozwiązania sprzyjające integracji i podmiotowemu traktowaniu osób z niepełnosprawnością. Współczesna medycyna powinna dążyć nie tylko do diagnozowania i leczenia chorób, lecz także do zapewnienia wsparcia psychospołecznego oraz minimalizacji barier, które ograniczają osoby z niepełnosprawnością w ich codziennym funkcjonowaniu. W tym kontekście zaleca się dalszy rozwój polityk zdrowotnych i społecznych, które będą sprzyjały inkluzji i równości, uwzględniając holistyczne podejście do pacjenta, dostosowanie systemów ochrony zdrowia do potrzeb osób z niepełnosprawnością oraz zapewnienie równego dostępu do nowoczesnych terapii.

W kontekście współczesnych wyzwań bioetycznych niezbędne jest odwołanie się do personalizmu, który oferuje integralne spojrzenie na osobę ludzką i jej wartość, niezależnie od stanu zdrowia czy poziomu sprawności. W przeciwieństwie do podejść utylitarystycznych czy biopolitycznych, które często oceniają ludzkie życie przez pryzmat jego użyteczności lub jakości, personalizm podkreśla, że godność osoby ludzkiej jest niezbywalna i nie może być warunkowana stanem zdrowia czy zdolnościami intelektualnymi. Personalizm chrześcijański, rozwijany m.in. przez Jana Pawła II i Jacques'a Maritaina, akcentuje, że każda osoba, nawet najbardziej chora czy niepełnosprawna, pozostaje podmiotem relacji, zdolnym do miłości i uczestnictwa w życiu wspólnotowym. Takie ujęcie pozwala na przezwyciężenie redukcjonizmu medycznego i wskazuje, że celem opieki zdrowotnej nie jest wyłącznie przywrócenie

sprawności, lecz także towarzyszenie człowiekowi w jego cierpieniu, zapewnienie mu godnego życia i integracji ze społeczeństwem. W perspektywie personalistycznej kluczowe jest nie tylko leczenie chorób, ale również kształtowanie kultury troski i solidarności, w której osoby z niepełnosprawnością nie są marginalizowane, lecz uznawane za integralną część wspólnoty ludzkiej. Bioetyka, która nie uwzględnia personalizmu, naraża się na niebezpieczeństwo instrumentalnego traktowania ludzkiego życia, zwłaszcza w kontekście dyskusji nad diagnostyką prenatalną, eutanazją czy selekcją genetyczną.

System ochrony zdrowia powinien eliminować bariery architektoniczne, upraszczać procedury administracyjne oraz rozwijać usługi telemedyczne, które mogą stanowić istotne wsparcie dla osób mających trudności z mobilnością. Niezbędne jest również uwrażliwienie personelu medycznego na potrzeby osób z niepełnosprawnością, nie tylko w wymiarze fizycznym, ale także psychicznym i społecznym. Personel medyczny powinien przechodzić odpowiednie szkolenia, które zwiększą jego świadomość na temat wyzwań, z jakimi mierzą się pacjenci z niepełnosprawnością, a także na temat etycznych dylematów związanych z podejmowaniem decyzji medycznych wobec tych osób. Równocześnie konieczne jest sprawiedliwe i etyczne wykorzystywanie nowych technologii, takich jak medycyna regeneracyjna, terapia genowa czy zastosowanie sztucznej inteligencji w diagnozowaniu i leczeniu. Ich rozwój wiąże się zarówno z ogromnym potencjałem poprawy jakości życia pacjentów, jak i z ryzykiem nadużyć, dlatego wymaga szerokiej debaty społecznej i etycznej oraz opracowania regulacji chroniących przed instrumentalizacją ludzkiego życia. Istotne jest, aby wdrażane innowacje nie prowadziły do tworzenia nowych nierówności w dostępie do leczenia, a także aby ich zastosowanie nie było ograniczone wyłącznie do tych, którzy mają wystarczające zasoby ekonomiczne, ale służyło całemu społeczeństwu.

Rozwój sztucznej inteligencji w medycynie rodzi także pytania o autonomię pacjentów i odpowiedzialność za decyzje podejmowane przez algorytmy. Automatyzacja procesów diagnostycznych może usprawnić wykrywanie chorób i personalizację terapii, jednak nie może zastąpić relacji lekarz – pacjent opartej na zaufaniu i trosce o indywidualne potrzeby chorego. Bioetyka powinna wyznaczać standardy zapewniające odpowiedzialne wykorzystanie technologii w taki sposób, aby

wspierała ona, a nie eliminowała czynniki humanistyczne w opiece zdrowotnej. Kluczowym aspektem etycznego podejścia do zdrowia i niepełnosprawności jest także kształtowanie postaw opartych na solidarności i inkluzywności. Społeczeństwo powinno aktywnie przeciwdziałać marginalizacji osób z niepełnosprawnością poprzez zmiany w polityce edukacyjnej, zatrudnieniowej i infrastrukturalnej. Szkoły i uczelnie powinny zapewniać dostępność nauki dla wszystkich, niezależnie od ograniczeń fizycznych czy sensorycznych, co oznacza zarówno dostosowanie budynków, jak i materiałów dydaktycznych do różnych potrzeb uczniów i studentów.

Refleksja nad zdrowiem i niepełnosprawnością wskazuje na konieczność integracji różnych podejść, zarówno medycznych, jak i społecznych, filozoficznych oraz etycznych. Współczesne wyzwania wymagają nowoczesnych strategii, które nie tylko minimalizują bariery i ograniczenia, ale przede wszystkim promują godność każdej osoby oraz jej prawo do pełnego uczestnictwa w społeczeństwie. Wdrażanie rekomendowanych działań w zakresie polityki zdrowotnej, edukacji i regulacji etycznych pozwoli na stworzenie bardziej sprawiedliwego i zrównoważonego modelu ochrony zdrowia, opartego na poszanowaniu różnorodności i solidarności społecznej.

Bibliografia

Barnes, C., & Mercer, G. (2010). *Exploring Disability. A Sociological Introduction*. Oxford: Polity Press.

Bickenbach, J.E. (2014). *Disability and the Good Human Life*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cook, A.M., & Hussey, S.M. (2002). *Assistive Technologies. Principles and Practice*. St. Louis: Mosby.

Goggin, G., & Newell, C. (2003). *Digital Disability. The Social Construction of Disability in New Media*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.

Imrie, R., & Hall, P. (2001). *Inclusive Design: Designing and Developing Accessible Environments*. London: Spon Press.

Krahn, G.L., Walker, D.K., & Correa-De-Araujo, R. (2015). Persons with Disabilities as an Unrecognized Health Disparity Population. *American Journal of Public Health, 105*(S2), S198–S206. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302182

Leonardi, M. i in. (2006). The definition of disability: What is in a name? *The Lancet, 368*(9543), 1219–1221. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69498-1

Link, B.G., & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*, 363–385. DOI: 10.1146/annurev.soc.27.1.363

Nutton, V. (2004). *Ancient Medicine*. Abingdon: Routledge.

Oliver, M. (1996). *Understanding Disability. From Theory to Practice*. New York: St. Martin's Press.

Quinn, G., & Degener, T. (2002). *Human Rights and Disability. The Current Use and Future Potential of United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability*. New York: United Nations.

Shakespeare, T. (2018). *Disability. The Basics*. Abingdon: Routledge.

Whitmee, S., Haines, A., Beyrer, C., Boltz, F., Capon, A.G., de Souza Dias, B.F. i in. (2015). Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–*Lancet* Commission on planetary health. *The Lancet, 386*(10007), 1973–2028. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60901-1

World Health Organization (WHO) (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. WHO.

World Health Organization (WHO) (2024). *Global Report on Health Equity*. WHO.

Marcin Ferdynus
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
https://orcid.org/0000-0003-0176-1023
https://doi.org/10.35765/slowniki.514

Terapia daremna

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Termin „terapia daremna" (lub „uporczywa") jest używany w wąskim i szerokim zakresie znaczeniowym. W szkicu przedstawiono cztery definicje: uporczywej terapii Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia, terapii fizjologicznie daremnej, terapii medycznie nieskutecznej oraz terapii ilościowo i jakościowo daremnej.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Genezy pojęcia terapii daremnej można upatrywać w starożytności. Istotny wpływ na jego kształtowanie wywarły tradycje hipokratejska i chrześcijańska wraz z doktryną podziału środków medycznych na zwyczajne i nadzwyczajne. Jednakże spór dotyczący sposobu definiowania terapii daremnej rozpoczął się dopiero w późnych latach 80. XX w.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Długotrwała dyskusja o znaczeniu pojęcia terapia daremna nie doprowadziła do uzyskania konsensu godzącego obiektywne kryteria, na podstawie których można by orzekać o rezygnacji z terapii. Powstające spory między lekarzem a pacjentem (zastępcą) postanowiono rozwiązywać, opierając się na proceduralnym podejściu do medycznej daremności.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Rozwiązywanie konfliktów na drodze wielostronnych i wieloetapowych procedur decyzyjnych wyrasta z przekonania, że sporów nie można rozstrzygnąć wyłącznie za pomocą wiedzy medycznej. W Polsce potrzebne są działania szerokiego grona ekspertów prowadzące do wypracowania

adekwatnych procedur rozwiązywania sporów opartych na transparentnych i sprawiedliwych kryteriach.

Słowa kluczowe: daremność, uporczywość, środki zwyczajne i nadzwyczajne, rozwiązywanie konfliktów, opieka u kresu życia

Definicja pojęcia

Intensywna terapia zaliczana jest do najbardziej zaawansowanych technologicznie dyscyplin lekarskich. Na oddziałach intensywnej terapii podejmowane są interwencje medyczne, które mogą znacznie przedłużyć ludzkie życie, ale mogą również wydłużać agonię pacjenta, opóźniając śmierć. W wielu przypadkach działania te przybierają charakter terapii daremnej (uporczywej), którą Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia określiła w następujący sposób: „Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłużają jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta" (Bołoz, Krajnik, Adamczyk i in., 2008, s. 77). Ta definicja ogranicza aplikację terminu „uporczywa" do okresu „umierania" pacjenta, który jest „nieuleczalnie chory". Przez „umieranie" rozumie się terminalny okres choroby, w którym stan pacjenta ulega ciągłemu pogarszaniu, prowadząc nieuchronnie do śmierci w krótkim i dającym się przewidzieć czasie. Za osobę „nieuleczalnie chorą" uważa się pacjenta, wobec którego wyczerpano możliwości terapeutyczne, dające realne szanse wyleczenia lub zahamowania procesu chorobowego. Definicja wskazuje również na ograniczenie czasu, do którego „uporczywa terapia" może się odnosić. Ograniczenie czasu pozwala uniknąć niełatwych dyskusji o przyśpieszaniu śmierci. Ponadto definicja podkreśla, że osobie nieuleczalnie chorej i umierającej aplikowane są procedury medyczne, które podtrzymując życie pacjenta, przedłużają jedynie proces umierania (Krajewski, 2008, s. 78). Można powiedzieć, że zakres terminu „uporczywa terapia" został ograniczony do ciężko chorych pacjentów, którzy znajdują się w stanie terminalnym, umierają i nadmiernie cierpią.

W literaturze obok terminu „uporczywa terapia" występuje alternatywny termin „terapia daremna". Niektórzy komentatorzy wskazują na różnice znaczeniowe między „uporczywą terapią" a „terapią daremną" (Ferdynus, 2022), inni z kolei zwykli używać obu terminów zamiennie (Szczeklik, Krajnik, Pawlikowski i in., 2023). Tam, gdzie jest to konieczne, terminów „uporczywa terapia" i „terapia daremna" używam

w różnych znaczeniach z uwagi na różne konteksty, z których się wywodzą i w których się kształtowały. Tam jednak, gdzie nie jest konieczne zachowanie dystynkcji między ich znaczeniami, używam zamiennie obu terminów. Warto podkreślić, że choć w polskim kontekście bioetycznym termin „uporczywa terapia" jest używany od wielu lat, to dzisiaj coraz liczniejsi autorzy skłonni są używać terminu „terapia daremna". Świadectwem zachodzących zmian terminologicznych jest znowelizowany w 2024 roku Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL), w którym czytamy: „Lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej. Decyzja o uznaniu terapii jako daremnej należy do zespołu leczącego i powinna w miarę możliwości uwzględniać wolę pacjenta" (art. 33). Obecny przez wiele lat termin „uporczywa terapia" został w KEL zastąpiony terminem „terapia daremna". Problem polega na tym, że KEL nie precyzuje, jak należy rozumieć terapię daremną. Nie wchodząc w zawiłości terminologiczne, należy podkreślić, że literatura przedmiotu wskazuje różne typy (definicje) terapii daremnej.

Najwęższy, a zarazem najdokładniej zdefiniowany typ terapii daremnej jest określany jako „terapia fizjologicznie daremna". Interwencje fizjologicznie daremne są uważane za niewłaściwe, ponieważ nie dają szans na osiągnięcie zamierzonego celu (Bosslet, Pope, Rubenfeld i in., 2015, s. 1319). Autorzy odwołują się do różnych przykładów, które mają na celu pokazać, jak należy rozumieć terapię fizjologicznie daremną (np. przepisywanie antybiotyków na chorobę wirusową, wykonywanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, gdy pacjent bezpowrotnie utracił zdolność do spontanicznego oddychania). W przypadku terapii fizjologicznie daremnej lekarz nie dokonuje żadnej oceny, czy efekt terapii jest zbyt mało prawdopodobny, zbyt mały lub niewartościowy. Nie ma tu normatywnego sporu. Lekarze ustalają daremność fizjologiczną, wyłącznie bazując na swojej aktualnej wiedzy klinicznej. Podstawa do odmowy leczenia ma charakter naukowy i empiryczny. Klinicyści po prostu wykazują, że terapia nie działa (White & Pope, 2016, s. 72).

Niektórzy komentatorzy podkreślają, że terapia fizjologicznie daremna wiąże się z najmniejszym ryzykiem jednostronnego narzucenia przez lekarza oceny wartości. Nie ukrywają też tego, że mogą wystąpić pewne trudności związane z określeniem dokładnych definicji funkcji fizjologicznych (takich jak krążenie i wentylacja), jednakże trudności te mają charakter techniczny i nie wiążą się z istotnymi ocenami

wartościującymi (Waisel & Troug, 1995, s. 306). Inni z kolei podkreślają, że ten „naukowy obiektywizm" w orzekaniu o terapii fizjologicznie daremnej ma bardzo ograniczone zastosowanie, jako że decyzje o wstrzymaniu i wycofaniu leczenia są zwykle oparte na prawdopodobieństwie, a nie na pewności. Lekarze rzadko mogą być pewni, że dana interwencja medyczna nie przyniesie żadnego pozytywnego efektu (White & Pope, 2016, s. 72).

Szerszy zakres niż termin „terapia fizjologicznie daremna" ma termin „terapia medycznie nieskuteczna" (*medical ineffectiveness*). Terapia medycznie nieskuteczna oznacza, że z uzasadnionym stopniem medycznej pewności dana procedura medyczna albo (a) nie zapobiegnie pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta, albo (b) nie zapobiegnie zbliżającej się śmierci pacjenta. Weźmy na przykład pacjenta umierającego na nowotwór z przerzutami, u którego zdiagnozowano zwężenie zastawki aortalnej. Wymiana zastawki nie jest interwencją fizjologicznie daremną, ponieważ ta procedura może działać z perspektywy medycznej. Jednakże wymiana zastawki nie jest w stanie zapobiec śmierci pacjenta, który umiera kilka godzin lub kilka dni później z powodu nowotworu, a nie z powodów kardiologicznych. Definicja terapii medycznie nieskutecznej zezwala lekarzom na uznawanie jako medycznie nieskutecznych takich interwencji (na przykład resuscytacji krążeniowo-oddechowej), które mogłyby przerwać i opóźnić śmierć, ale nie są w stanie istotnie zmienić procesu umierania (White & Pope, 2016, s. 72).

Prawdopodobnie najszerszy zakres dotyczący terapii daremnej dotyczy ilościowego i jakościowego standardu, za pomocą którego określa się, kiedy terapia podtrzymująca życie jest daremna. Zwolennicy ilościowego standardu daremności uważają, że leczenie powinno być uznane za daremne, jeśli lekarze stwierdzą (na podstawie osobistego doświadczenia, doświadczeń dzielonych z kolegami lub na podstawie uwzględnienia udokumentowanych danych empirycznych), że w sytuacji ostatnich stu przypadków terapia nie zadziałała (była bezużyteczna) (Schneiderman, Jecker & Jonsen, 1990, s. 951). Na pierwszy rzut oka wydaje się, że daremność ilościowa jest etycznie uzasadniona, bowiem lekarz określa jedynie to, czy żądana terapia może w rozsądny sposób osiągnąć cele oczekiwane przez pacjenta. Okazuje się jednak, że ilościowy standard daremności wywołuje pewne problemy. Po pierwsze, nie jest jasne, gdzie powinien być ustawiony próg procentowy (czy

powinno to być 0,1%, 0,5%, 1%, 2% lub więcej?). Każdy próg procentowy jest ustalany arbitralnie i określany przez politykę społeczną, a nie przez ocenę medyczną klinicysty. Po drugie, nawet jeśli świadczeniodawcy opieki zdrowotnej i społeczeństwo ustalą próg procentowy, to dostępne dane z badań na poziomie populacji są nieprecyzyjne. Lekarzom trudno jest ustalić, czy dany standard progowy może mieć zastosowanie do konkretnego pacjenta. Po trzecie, wskaźniki zachorowalności i śmiertelności są bardzo często oparte na samospełniających się przepowiedniach (White & Pope, 2016, s. 73).

W przypadku jakościowego standardu daremności lekarz kwestionuje, czy same cele pacjenta są korzystne, znaczące lub wartościowe. Jakościowy standard ma dwie podstawowe formy. Pierwsza dotyczy równoważenia korzyści i szkód. Jej zwolennicy uważają, że interwencja medyczna jest daremna, gdy jest leczeniem nieproporcjonalnym, czyli takim, gdzie obciążenia związane z terapią są dla pacjenta zdecydowanie większe od potencjalnych korzyści. Z kolei druga forma daremności jakościowej utrzymuje, że leczenie jest daremne, jeśli nie może zapewnić pacjentowi jakości życia, która byłaby warta życia (*quality of life worth living*). Niektórzy komentatorzy zaproponowali uznanie daremności jakościowej w dwóch przypadkach: gdy pacjent trwale utracił świadomość i (lub) jest całkowicie zależny od intensywnej opieki medycznej (Schneiderman, Jecker & Jonsen, 1990, s. 952). Jakościowy standard daremności jest nie tylko moralnie kontrowersyjny, ale pozostaje też nie do zaakceptowania dla pewnych środowisk (np. katolickich). Po pierwsze, w orzekaniu o daremności jakościowej pojawia się ryzyko, że klinicysta oceni jakość życia pacjenta znacznie niżej, niż zrobiłby to sam pacjent. Osoby z niepełnosprawnością fizyczną i kognitywną czerpią wiele korzyści ze swojego życia, choć obserwatorzy mogą nie dostrzegać takich korzyści, które są rezultatem terapii. Po drugie, czy względnie wartościowe życie można wieść tylko poza szpitalem? Czy nie może go prowadzić ktoś, kto jest zupełnie zależny od intensywnej opieki medycznej (Galewicz, 2009, s. 28)? W wielu przypadkach trudno jest jednoznacznie stwierdzić, czy pacjent rzeczywiście będzie trwale zależny od intensywnej opieki medycznej. Po trzecie, to, czy utrzymywanie przy życiu pacjenta, który trwale utracił świadomość lub znalazł się w trwałym stanie wegetatywnym (PVS), jest lub nie jest wartościowe należy do pytań natury filozoficznej lub teologicznej, a nie do

pytań natury medycznej (Ferdynus, 2017, s. 129). Lekarze są ekspertami w zakresie określania celów terapeutycznych (medycznych), a nie wartości, które stoją u podstaw podejmowania decyzji przez poszczególnych pacjentów.

Analiza historyczna pojęcia

Terminy „daremność" i „uporczywość" mają korzenie w starożytności. Słowo „daremny" pochodzi od łacińskiego słowa *futilis* i oznacza nieszczelność. Związek między słowem „nieszczelny" a współczesnym znaczeniem „daremny", „bezużyteczny", „nieosiągający zamierzonego celu" opiera się na greckim micie o pięćdziesięciu córkach Danaosa. Zmuszone do zawarcia małżeństwa, zabiły one w noc poślubną swoich mężów i zostały za karę skazane na czerpanie wody przez nieszczelne sita. Ta aktywność to „daremny" czyn, który nie mógł przynieść wymaganego rezultatu bez względu na to, ile razy był powtarzany. Prawdopodobieństwo niepowodzenia działania może być przewidywalne, ponieważ jest ściśle związane z naturą tego działania i w związku z tym może stać się natychmiast (lub dopiero po wielu nieudanych próbach) oczywiste, że podjęte działanie jest daremne, nie może osiągnąć zamierzonego celu (Schneiderman, Jecker & Jonsen, 1990, s. 950).

Słowo „uporczywość" wyraża z kolei zaciętość, nieustępliwość, wytrwałość, zaparcie wymagające trudu. Uporczywe jest coś, czego nie da się zbyt łatwo usunąć albo zlikwidować lub co bywa uciążliwe (Ferdynus, 2017, s. 125). Hipokrates pisał na temat odstępowania od interwencji medycznych, że należy

> uwalniać chorych od cierpienia, nieść ulgę w chorobie i powstrzymywać się od leczenia tych chorych, którymi choroba totalnie zawładnęła, bowiem w takich przypadkach medycyna jest bezsilna. […] Człowiek cierpiący z powodu choroby, która jest zbyt silna w porównaniu ze środkami, jakimi dysponuje medycyna, nie może oczekiwać, iż zwalczy chorobę dzięki medycynie (Aszyk, 2006, s. 17).

Zapoczątkowany w starożytności hipokratejski model medycyny z pewnymi zmianami przetrwał do dziś. Charakterystyczne dla tego modelu jest ujęcie zakazujące podejmowania agresywnych interwencji medycznych, które stają się dla pacjenta daremne lub uporczywe, a nadto są

szkodliwe dla reputacji lekarza. Model hipokratejski zakłada, że zawsze wtedy, kiedy leczenie jest wskazane, należy je podejmować, jeśli jednak leczenie nie jest wskazane, to należy z niego zrezygnować (Aszyk, 2008, s. 89).

Poza nurtem hipokratejskim istotną rolę w kształtowaniu koncepcji terapii daremnej (uporczywej) odegrał nurt chrześcijański odzwierciedlony zwłaszcza w scholastycznych traktatach teologii moralnej. Ważnym osiągnięciem w kontekście uporczywości terapeutycznej było wypracowanie doktryny o środkach zwyczajnych i nadzwyczajnych, które odróżniał w XVI wieku Domingo Báñez (1528–1604), postulując, by ludzie

> chronili swoje życie za pomocą zwyczajnych środków takich jak zwyczajne odżywianie, odzież i lekarstwa, nawet za cenę zwyczajnego bólu i cierpienia. Ludzie nie mają natomiast moralnego obowiązku znoszenia nadzwyczajnego bólu czy udręki, nieproporcjonalnych do stanu, w jakim się znajdują (Gillon, 1997, s. 152).

Podział środków na zwyczajne (proporcjonalne) i nadzwyczajne (nieproporcjonalne) pełni w moralnym nauczaniu Kościoła katolickiego istotną funkcję w orzekaniu o uporczywości terapeutycznej. Spośród licznych dokumentów o rozróżnianiu i stosowaniu środków medycznych stanowi Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, która podkreśla, że

> właściwa ocena środków może być dokonana wtedy, gdy rodzaj zastosowanej terapii, stopień jej trudności i związanych z nią niebezpieczeństw, konieczne dawki oraz możliwość zastosowania, zestawimy ze spodziewanymi rezultatami, uwzględniając w sposób właściwy stan chorego, jak również jego siły psychofizyczne (Kongregacja Nauki Wiary, 1980, 4).

Ponadto w Deklaracji utrzymuje się, że

> zawsze wolno uznać za wystarczające środki powszechnie stosowane. Dlatego nie można nikomu nakazywać zastosowania takiego sposobu leczenia, który – chociaż jest już stosowany – nie wyklucza jednak niebezpieczeństwa albo jest zbyt uciążliwy. Odrzucenia takiego środka nie należy porównywać z samobójstwem; należy raczej uznać to za zwykłą akceptację sytuacji ludzkiej, za chęć uniknięcia trudnych zabiegów lekarskich, których korzyść nie odpowiada pokładanej w nich nadziei, albo niedopuszczenia do wielkich obciążeń rodziny lub społeczności (Kongregacja Nauki Wiary, 1980, 4).

W najnowszej literaturze podjęto próbę systematycznego opracowania środków medycznych, które na zasadzie kombinacji łączą ze sobą „zwyczajność"/„nadzwyczajność" oraz „proporcjonalność"/„nieproporcjonalność" (Sgreccia, 2012, s. 684). To opracowanie pomaga określić, czy terapia ma charakter zwyczajny czy nadzwyczajny (uporczywy) (Ferdynus, 2022). Kwalifikacja środków medycznych jest podzielona na trzy etapy. Pierwszy polega na zbadaniu wszystkich aspektów, które pozwolą na obiektywną ocenę środków. Drugi etap koncentruje się na subiektywnych preferencjach pacjenta, a trzeci formułuje osąd etyczny pozwalający uznać środek medyczny za nadzwyczajny. Z obiektywnego punktu widzenia (pierwszy etap) terapię można uznać za proporcjonalną, jeśli jest w stanie precyzyjnie osiągnąć cel medyczny. Podczas oceny pierwszego etapu bierze się pod uwagę następujące czynniki: dostępność lub prawdopodobieństwo uzyskania środków medycznych; techniczną możliwość właściwego zastosowania środków; rozsądnie oczekiwaną, medyczną skuteczność środka; możliwe szkodliwe skutki uboczne; stopień ryzyka, jaki wiąże się z zastosowaniem środka dla życia i zdrowia; rzeczywistą możliwość zastosowania leczenia alternatywnego, które pod względem rezultatów jest porównywalne lub skuteczniejsze; dystrybucję środków medycznych zarówno w wymiarze technicznym, jak i finansowym. Z subiektywnego punktu widzenia (drugi etap) pod uwagę bierze się aspekty wiążące się z opiniami i preferencjami pacjenta. Zważywszy na niekwestionowaną wartość ludzkiego życia każdy środek medyczny, który ma na celu zachowanie życia, powinien być uznany za zwyczajny, chyba że oceniający swoją sytuację pacjent wskaże na co najmniej jeden istotny aspekt pozwalający uznać dany środek medyczny za nadzwyczajny. A zatem środek medyczny może być oceniony jako nadzwyczajny (etap trzeci), jeśli: wiąże się z nadmiernym wysiłkiem dotyczącym jego zdobycia lub zastosowania; dotyczy bólu, którego nie można złagodzić; obejmuje koszty, które są uciążliwe dla pacjenta (lub dla jego rodziny); wiąże się z ogromnym strachem lub silną niechęcią przed zastosowaniem terapii; dotyczy rozsądnej oceny ryzyka utraty zdrowia lub życia, a tej dokonuje pacjent w świetle aktualnej kondycji klinicznej, w której się znajduje; istnieje niska szansa osiągnięcia pozytywnego dla pacjenta rezultatu klinicznego zgodnie z jego osobistą oceną i przyjętą przez niego hierarchią wartości; nie będzie możliwości wypełnienia przez pacjenta moralnych zobowiązań na skutek stanu

klinicznego, w jakim się znajdzie po zastosowaniu leczenia (Sgreccia, 2012, s. 684–685). Trzeba jednak przyznać, że poza kontekstem chrześcijańskim odwoływanie się do doktryny środków zwyczajnych (proporcjonalnych) i nadzwyczajnych (nieproporcjonalnych) jest bardzo rzadkie. Niektórzy autorzy odrzucili tradycyjny podział środków na zwyczajne i nadzwyczajne, ponieważ stwierdzili, że nie jest on pomocny w podejmowaniu decyzji o rezygnacji z uporczywej terapii (Ferdynus, 2017, s. 136–138).

Od późnych lat 80. XX w. dyskusja wokół terapii daremnej koncentruje się na próbach definiowania tego pojęcia oraz na poszukiwaniu obiektywnych kryteriów, za pomocą których można by orzekać o daremności terapeutycznej. Wszelkie próby okazały się bezowocne. W związku z silną krytyką terminu „terapia daremna" wielu autorów zrezygnowało z jego używania, zastępując go terminami alternatywnymi, jak „leczenie nieprzynoszące korzyści" (*nonbeneficial treatment*), „medycznie niewskazane" (*not medically indicated*), „klinicznie niewłaściwe" (*not clinically appropriate*), „medycznie niewłaściwe" (*medically inappropriate*) „potencjalnie niewłaściwe" (*potentially inappropriate*; Ferdynus, 2022, s. 242). Niektórzy komentatorzy ustalili nadto, że pojęcie terapii daremnej ma charakter złożony, nie jest jednoznaczne, przypisywane mu znaczenie jest subiektywne i zależne od sytuacji, wartościujące i ukierunkowane na określony cel, a jako takie prawie zawsze niesie z sobą pewną dozę niepewności. Podkreślili oni też, że jest ono uwikłane w system wartości lekarzy i pacjentów, różne cele medyczne, kontekst społeczny, kulturowy i religijny, jak również emocje i cechy osobowościowe poszczególnych osób (Aghabarary & Nayeri, 2016). Wieloletnia dyskusja o terapii daremnej nie doprowadziła do uzyskania konsensu: na świecie nie wypracowano jednej powszechnie akceptowalnej definicji terapii daremnej.

Ujęcie problemowe pojęcia

Brak konsensu co do koncepcji terapii daremnej oraz problemy związane z ustaleniem obiektywnych kryteriów, na podstawie których można by orzekać o daremności terapeutycznej, niewątpliwie przyczyniły się do nasilenia sporów między lekarzem a pacjentem (zastępcą) na

oddziałach intensywnej opieki medycznej. Spory te dotyczą najczęściej dwóch obszarów. Po pierwsze, pacjenci przebywający na oddziałach intensywnej opieki medycznej rzadko dysponują zdolnością do samodzielnego podejmowania decyzji. Brakuje im zdolności do zrozumienia korzyści, ryzyka czy proponowanych przez lekarzy alternatywnych opcji terapeutycznych. W związku z tym decyzje o leczeniu pacjentów znajdujących się na oddziałach intensywnej opieki medycznej muszą być podejmowane przez zastępców (*surrogates*). Po drugie, zastępca może żądać w imieniu ciężko chorego lub umierającego pacjenta agresywnych interwencji medycznych pomimo tego, że klinicyści mogą uznać takie leczenie za daremne zarówno z medycznego, jak i etycznego punktu widzenia. Z jednej strony lekarze mogą uznać, że środki medyczne nie są korzystne dla pacjenta, i zaproponować plan leczenia zapewniający mu jedynie utrzymanie komfortu ukierunkowanego na jakość życia. Z drugiej strony zastępca może nie zgodzić się z zaproponowanym planem leczenia pacjenta i żądać od lekarza wdrożenia agresywnej procedury terapeutycznej (White & Pope, 2016, s. 67–68). W celu lepszego zrozumienia przyczyn konfliktów między lekarzem a zastępcą warto zapytać o to, jakie są powody, dla których zastępcy domagają się nierekomendowanych przez lekarzy interwencji medycznych, a także o to, jakie są powody, dla których lekarze nie chcą zapewnić wymaganego przez zastępcę leczenia.

Wyróżnia się co najmniej cztery główne powody, dla których zastępcy żądają terapii nierekomendowanych przez lekarza. Należą do nich: nieufność, zagadnienia poznawcze, zagadnienia psychologiczne i emocjonalne oraz przekonania religijne. Po pierwsze, zastępcy mają świadomość ograniczeń związanych z prognozowaniem dotyczącym leczenia. W związku z tym mogą oni wątpić w to, że sytuacja kliniczna pacjenta jest aż tak zła, jak przedstawiają to lekarze. Mając większy dostęp do informacji medycznych, zastępcy są zazwyczaj bardziej pewni siebie i tym samym skłonni, by sprzeciwiać się procedurom medycznym proponowanym przez lekarzy. Po drugie, zastępcy bardzo często nie rozumieją stanu klinicznego pacjentów, których reprezentują. Okazuje się, że mniej niż połowa zastępców, niezależnie od poziomu wykształcenia, dysponuje adekwatną wiedzą na temat tego, co faktycznie dzieje się z pacjentem. Taki stan rzeczy wiąże się najczęściej z trzema kluczowymi przyczynami: (a) specjaliści często nie potrafią jasno wyjaśnić

stanu pacjenta oraz dalszych rokowań dotyczących jego choroby, ponieważ posługują się specyficznym językiem, który jest niezrozumiały dla zastępcy, (b) lekarze mogą wywierać nadmierną presję na zastępcę i nie zapewniać mu wystarczającej ilości czasu w celu lepszego zrozumienia sytuacji, w której znajduje się pacjent, oraz (c) różni specjaliści dostarczają zastępcy nieskoordynowanych lub nawet sprzecznych informacji. Po trzecie, wielu zastępców ma klinicznie zdiagnozowane schorzenia, takie jak stres, depresja czy lęk. Wymienione tu uwarunkowania mogą stanowić istotną przeszkodę w podejmowaniu decyzji w imieniu pacjenta. Co więcej, mogą one przyczynić się do tego, że zastępca będzie miał trudności z wypełnieniem powierzonych mu obowiązków z powodu lojalności, poczucia winy lub niepewności co do życzeń i preferencji pacjenta. Ponadto niektórzy zastępcy mogą mieć „wątpliwe intencje", dbając bardziej o własne interesy niż o interesy pacjenta. Po czwarte, religijne przekonania niektórych osób leżą u podstaw trudnych do rozwiązania sporów dotyczących terapii daremnej. Zastępcy należący do różnych denominacji mogą argumentować, że odłączenie pacjenta od aparatury podtrzymującej życie może być ocenione jako grzech w świetle wyznawanej przez nich wiary. Ponadto wielu wyznawców różnych religii wierzy w cuda. Stąd też wierzą oni, że nawet wtedy, kiedy lekarze stwierdzą, że los pacjenta jest już przesądzony, boska interwencja może uratować członka ich rodziny (White & Pope, 2016, s. 68–69).

W sporach dotyczących rezygnacji z terapii daremnej pojawia się co najmniej pięć powodów, dla których lekarze nie chcą zapewnić leczenia żądanego przez zastępcę. Należą do nich: unikanie cierpienia pacjenta, poszanowanie jego autonomii, ochrona integralności zawodu lekarza, unikanie moralnego niepokoju pośród personelu oraz promowanie właściwego zarządzania zasobami medycznymi. Po pierwsze, najważniejszym powodem, dla którego lekarze sprzeciwiają się żądaniom zastępców, jest chęć uniknięcia bycia zaangażowanym w powodowanie cierpienia. Nie oznacza to, że lekarze nie są skłonni przeprowadzać interwencji medycznych, które powodują ból i dyskomfort. Jeśli jednak to czynią, to dlatego, że skutki uboczne procedury medycznej są równoważone przez korzyści, których doświadcza pacjent. Zatem lekarze nie sprzeciwiają się powodowaniu u pacjentów cierpienia jako takiego, lecz sprzeciwiają się powodowaniu cierpienia, które jest nadmierne

i nieuzasadnione. Po drugie, lekarze chcą czynić to, czego ich zdaniem życzyłby sobie pacjent. Zdarza się więc, że lekarze wątpią w to, czy wyrażona przez zastępcę decyzja o kontynuowaniu terapii podtrzymującej życie stanowi odzwierciedlenie życzeń, wartości i preferencji pacjenta. Badania pokazują, że zastępca często nie podejmuje takiej samej decyzji dotyczącej leczenia, jaką podjąłby sam pacjent. Pokazują one również, że zdecydowana większość pacjentów preferuje mniej agresywne terapie u kresu życia. Po trzecie, lekarze chcą chronić integralność profesji medycznej. Nie chcą być zobowiązani do zapewniania każdego rodzaju leczenia, którego zażyczą sobie zastępcy czy pacjenci. Lekarze nie są „bezdusznymi maszynami", ale medycznymi profesjonalistami posiadającymi własne standardy praktyki zawodowej. Po czwarte, kontynuowanie terapii daremnej stanowi główną przyczynę moralnego niepokoju wśród personelu medycznego, zwłaszcza wśród pielęgniarek, które wiedzą, co mają czynić, ale ograniczenia instytucjonalne uniemożliwiają im podejmowanie takich działań. Moralny niepokój wśród pielęgniarek może nie tylko zniechęcać ludzi do wykonywania tego zawodu, ale również sprawić, że spadnie poziom zatrudnienia. W konsekwencji zmniejszy się dostęp do personelu medycznego, co negatywnie wpłynie na jakość opieki nad pacjentami. Po piąte, lekarze chcą być dobrymi zarządcami skąpych i rzadkich zasobów opieki medycznej. W większości sporów dotyczących terapii daremnej lekarze równoważą zasadę autonomii z zasadą dobroczynności lub z zasadą nieszkodzenia. Czasami równoważą zasadę autonomii z zasadą sprawiedliwości. Podkreślają przy tym, że chociaż debata o racjonowaniu kosztów i rzadkich zasobów medycznych (takich jak łóżka na oddziałach intensywnej terapii) jest ważnym aspektem polityki zdrowotnej, to jednak nie powinna odgrywać istotnej roli przy łóżku pacjenta (White & Pope, 2016, s. 70–71).

Nie ulega wątpliwości, że zidentyfikowanie i zrozumienie przyczyn konfliktów dotyczących daremności terapeutycznej stanowi podstawę do poszukiwania sposobów ich rozwiązywania. Niemniej jednak sama znajomość przyczyn konfliktów, a także wypracowane na przestrzeni ostatnich lat definicje terapii daremnej nie są jeszcze wystarczającymi komponentami, dzięki którym można by przezwyciężać spory między lekarzem a pacjentem (zastępcą). Przedstawiciele różnych profesji są świadomi tych problemów, skoro proponują rozwiązywanie konfliktów,

bazując na proceduralnym podejściu do orzekania o medycznej daremności. Jedno z najczęściej cytowanych i zarazem reprezentatywnych stanowisk w tej sprawie wypracowane zostało przez różne stowarzyszenia medyczne i nosi tytuł *An Official ATS/ AACN/ACCP/ESICM/ SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units* (Bosslet, Pope, Rubenfeld i in., 2015). Przedstawiono w nim wskazówki dotyczące zapobiegania sporom i zarządzania nimi w przypadku pacjentów z zaawansowana chorobą krytyczną (*advanced critical illness*) oraz rekomendację wieloetapowego podejścia do orzekania o terapii daremnej. Po pierwsze, zarówno przed rozpoczęciem, jak i w trakcie formalnej procedury rozwiązywania konfliktów na oddziałach intensywnej terapii lekarze powinni korzystać z konsultacji ekspertów w celu osiągnięcia porozumienia. Konsultanci nie powinni być członkami szpitalnej komisji rewizyjnej, która ustala, czy proponowana terapia jest medycznie daremna. Powinni oni zapewnić swobodną komunikację między stronami, a w razie potrzeby również wsparcie psychospołeczne lekarzom i zastępcom. Po drugie, zastępcy powinni otrzymać pisemne i ustne powiadomienie o rozpoczęciu formalnej procedury rozwiązywania konfliktów oraz o krokach i harmonogramie, których należy oczekiwać w tym procesie. Po trzecie, lekarze powinni uzyskać drugą opinię medyczną od niezależnego klinicysty w celu zweryfikowania rokowania i oceny, czy żądane leczenie jest medycznie niewłaściwe (*medically inappropriate*). Po czwarte, jeśli poprzednie etapy nie doprowadziły do porozumienia, przypadek kliniczny powinien zostać oceniony przez interdyscyplinarną, instytucjonalną komisję, której członkowie nie są bezpośrednio zaangażowani w opiekę nad pacjentem i nie mają konfliktu interesów w odniesieniu do tego przypadku. Po piąte, jeśli komisja zgadza się z oceną lekarzy, że proponowane leczenie jest medycznie niewłaściwe, lecz zastępca wciąż pozostaje nieprzekonany, to należy poinformować zastępcę o prawie ubiegania się o przeniesienie pacjenta do innego szpitala. Klinicyści powinni zaoferować pomoc w znalezieniu innego szpitala i pomóc w transferze pacjenta. Po szóste, jeśli komisja zgadza się z klinicystami, ale nie jest możliwe znalezienie chętnego świadczeniodawcy (szpitala), to należy poinformować zastępcę o jego prawie do ubiegania się o ponowne rozpatrzenie sprawy przez niezależny organ odwoławczy. Po siódme, jeśli komisja szpitalna lub organ odwoławczy zgodzą

się z żądaniem pacjenta (lub zastępcy) w sprawie leczenia przedłużającego życie, to lekarze powinni zapewnić takie leczenie albo przenieść pacjenta do odpowiedniego świadczeniodawcy (szpitala). Jeśli jednak komisja szpitalna zgadza się z oceną klinicystów i nie jest możliwe znalezienie chętnego świadczeniodawcy (szpitala), a zastępca nie ubiega się o odwołanie do niezależnego organu lub organ odwoławczy potwierdza stanowisko klinicystów, to klinicyści mogą wstrzymać (*withold*) lub wycofać (*withdraw*) kwestionowane leczenie, a także zapewnić pacjentowi wysokiej jakości opiekę paliatywną (Bosslet, Pope, Rubenfeld i in., 2015, s. 1325).

Istnieje przynajmniej kilka argumentów, które uzasadniają proceduralne podejście do orzekania o daremności terapeutycznej. Wiążą się one głównie z przyznawaniem władzy decyzyjnej zastępcom i lekarzom. Po pierwsze, istnieje powszechne przekonanie, że przyznanie wyłącznej władzy w decydowaniu o kontynuowaniu lub zaprzestaniu leczenia zastępcom jest problematyczne, ponieważ nie ma żadnego pozytywnego prawa do interwencji medycznych, które wykraczają poza granice przyjętej praktyki. Po drugie, zastępcy doświadczają niekiedy silnych przeszkód emocjonalnych i psychologicznych w autoryzowaniu decyzji o rezygnacji z terapii podtrzymującej życie, nawet jeśli decyzje te są wyraźnie zgodne z wartościami pacjenta. Po trzecie, udzielenie jednostronnej władzy zastępcom może zniechęcić ich do rozważenia perspektywy lekarzy. Po czwarte, przyznanie wyłącznej władzy poszczególnym lekarzom jest również problematyczne, ponieważ istnieje dobrze udokumentowana zmienność opinii wśród lekarzy w stosunku do tego, co oni sami uważają za odpowiednią opiekę w konkretnych przypadkach klinicznych. Po piąte, perspektywy klinicystów dotyczące preferencji w zakresie opieki u kresu życia często znacznie różnią się od perspektyw pacjentów i członków ich rodzin. Po szóste, udzielenie wyłącznej władzy klinicystom może ich zniechęcić do pełnego zaangażowania się w czasochłonne i trudne rozmowy, które mają na celu osiągnięcie porozumienia z zastępcą (Bosslet, Pope, Rubenfeld i in., 2015, s. 1322–1323).

Spory pojawiające się na oddziałach intensywnej terapii między klinicystami a zastępcami są etycznie kontrowersyjne, ponieważ dotyczą ważnych interesów (wartości) i nie mają wyraźnych reguł, które mogłyby być mechanicznie zastosowane do rozwiązywania tychże sporów. Z etycznego punktu widzenia ważne jest uwzględnianie wielu perspektyw po to,

by zminimalizować ryzyko, że wartości jednej ze stron sporu będą miały nadmierną wagę lub zostaną zmarginalizowane albo pominięte (White & Pope, 2016, s. 75; Bosslet, Pope, Rubenfeld i in., 2015, s. 1323). Wiele wskazuje na to, że proceduralne podejście do orzekania o terapii daremnej lepiej spełnia demokratyczne ideały rozwiązywania konfliktów w porównaniu z udzielaniem jednostronnej władzy lekarzom lub zastępcom, ponieważ stoi na straży fundamentalnych wartości, takich jak transparentność, odpowiedzialność, sprawiedliwość i legalność.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Przegląd wybranych zagadnień związanych z terapią daremną (uporczywą) uświadamia, że nie jest to zjawisko zupełnie nowe. Odkąd rozpoczęto praktykowanie medycyny, zaczęto zdawać sobie sprawę z ograniczeń sztuki lekarskiej w leczeniu ciężkich stanów chorobowych oraz w zapobieganiu śmierci lub odsuwaniu jej w czasie. Pojawiły się więc próby poszukiwania obiektywnych kryteriów, na podstawie których możliwe byłoby orzekanie o uporczywości czy daremności terapeutycznej oraz sformułowanie standardów postępowania wobec nieuleczalnie chorych pacjentów znajdujących się u kresu życia. Niewątpliwie ważnym osiągnięciem w ustalaniu standardów terapeutycznego postępowania było wypracowanie podziału środków na zwyczajne (proporcjonalne) i nadzwyczajne (nieproporcjonalne). Z różnych powodów niektórzy komentatorzy uznali ten podział za nieadekwatny i niewystarczający w orzekaniu o medycznej daremności (uporczywości). Postanowili więc poszukać alternatywnych sposobów ustalania granic terapeutycznego postępowania. Wieloletnia debata wokół pojęcia medycznej daremności oraz kryteriów pozwalających na wycofanie lub wstrzymanie daremnych lub uporczywych interwencji medycznych doprowadziła do impasu. Żadna z zaproponowanych definicji nie zyskała na świecie powszechnej akceptacji. Co więcej, brak konsensu przyczynił się do nasilenia sporów między lekarzem, który nie rekomenduje wdrażania interwencji medycznej uznając ją za daremną, a pacjentem (zastępcą), który żąda od lekarza aplikowania takiej terapii. Chcąc przełamać ten impas, różne stowarzyszenia (medyczne lub interdyscyplinarne) zaproponowały

proceduralne podejście do orzekania o medycznej daremności, którego kluczowymi elementami są: (a) uzyskanie drugiej opinii medycznej w celu zweryfikowania rokowania i oceny, że żądane leczenie jest daremne, (b) zasięgnięcie opinii interdyscyplinarnej komisji szpitalnej, (c) próba znalezienia innego szpitala, który wyraziłby zgodę na przyjęcie pacjenta i zapewniłby mu dalszą intensywną opiekę medyczną, oraz (d) poinformowanie zastępcy reprezentującego pacjenta o przysługującym mu prawie do odwołania się do sądu. Ta wieloetapowa procedura rozwiązywania konfliktów jest wynikiem gotowości lekarzy do dzielenia się odpowiedzialnością z innymi (np. rodziną, zastępcą, komisją interdyscyplinarną), zwłaszcza że te spory nie mogą być rozwiązywane wyłącznie za pomocą wiedzy medycznej. W ostatnich latach w Polsce pojawiły się rekomendacje dotyczące postępowania z terminalnie chorymi pacjentami przebywającymi na oddziałach intensywnej terapii (Szczeklik, Krajnik, Pawlikowski i in., 2023; Siewiera & Kübler, 2015, s. 107–114). Nie zawierają one jednak zadowalających procedur, które stanowiłyby adekwatny przewodnik służący do przezwyciężania sporów między lekarzem (szpitalem) a pacjentem (zastępcą). Potrzebne są zatem wysiłki szerokiego grona ekspertów w celu wypracowania wielostronnych i wieloetapowych procedur rozwiązywania sporów, które byłyby oparte na transparentnych i sprawiedliwych kryteriach.

Bibliografia

Aghabarary, M., & Nayeri, N.D. (2016). Medical futility and its challenges: a review study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, *9*(11).

Aszyk, P. (2006). *Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Rhetos.

Aszyk, P. (2008). Terapia uporczywa – szkic historyczny, *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, *2*(3), 86–90.

Bołoz, W., Krajnik, M., Adamczyk, A. i in. (2008). Definicja uporczywej terapii. Konsensus Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, *2*(3), 77.

Bosslet, T.G., Pope, M.P., Rubenfeld, D.G. i in. (2015). An Official ATS/ AACN/ACCP/ ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units.

American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, *191*(11), 1318–1330.

Ferdynus, M. (2017). *Przedłużanie życia jako problem moralny*. Tarnów: Biblos.

Ferdynus, M. (2022). Między uporczywością a daremnością terapii? O przydatności pojęcia terapii uporczywej w etyce medycznej w odniesieniu do postępowania wobec pacjentów terminalnie chorych. *Ethos. Kwartalnik Instytutu Jana Pawła II KUL*, *35*(3), 237–261.

Galewicz, W. (2009). Decyzje o zakończeniu życia. W: W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci i umierania*. *Antologia bioetyki* (s. 9–82). Kraków: Universitas.

Gillon, R. (1997). *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*. Przeł. A. Alichniewicz & A. Szczęsna. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Kongregacja Nauki Wiary (1980). Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*.

Krajewski, R. (2008). Komentarz do definicji. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, *2*(3), 78.

Schneiderman, L.J., Jecker, N.S., & Jonsen, A.R. (1990). Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications. *Annals of Internal Medicine*, *112*(12), 949–954.

Sgreccia, E. (2012). *Personalist Bioethics: Foundations and Applications*. Przeł. J.A. Di Camillo & M.J. Miller. Philadelphia: The National Catholic Bioethics Center.

Siewiera, J. & Kübler, A. (2015). *Terapia daremna dla lekarzy i prawników*. Wrocław: EDRA Urban & Partner.

Szczeklik, W., Krajnik, M., Pawlikowski, J. i in. (2023). Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. Część 1: chory umierający nieubezwłasnowolniony, niebędący w stanie podejmować świadomych decyzji co do leczenia w sytuacji daremności medycznej stosowanej terapii. *Medycyna Praktyczna*, *4*, 121–140.

Waisel, D., & Truog, R. (1995). The Cardiopulmonary Resuscitation-not-indicated Order: Futility Revisited. *Annals of Internal Medicine*, *122*(4), 304–308.

White, D.B., & Pope, T.M. (2016). Medical Futility and Potentiality Inappropriate Treatment. W: A.J. Youngner & R.M. Arnold (red.), *The Oxford Handbook of Ethics at the End of Life* (s. 65–86). New York: Oxford University Press.

Andrzej Muszala
Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
https://orcid.org/0000-0002-0099-1946
https://doi.org/10.35765/slowniki.535

Śmierć

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Podstawowy moment ludzkiego życia, stanowiący kres jego trwania. Śmierć może być rozpatrywana pod różnymi aspektami: biologicznym, psychologicznym, filozoficznym, etycznym, duchowym i społeczno-kulturowym. Wnikliwą analizą tematyki śmierci zajmuje się tanatologia, czyli nauka o śmierci.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: W historii ludzkości zauważa się zasadniczo dwa podejścia do śmierci. Jest ona rozumiana albo jako ostateczny kres i unicestwienie człowieka, albo przejście do nowej formy bytowania. W tym drugim przypadku człowiek miałby prowadzić nadal swoje życie w formie bezcielesnej lub cielesnej; w świecie natury lub w rzeczywistości nadprzyrodzonej.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Istotna refleksja dotyczy kwestii etycznych i duchowych związanych z ludzką śmiercią. Człowiek stawia sobie pytania o sens własnej śmierci, jej naturę oraz etyczne zasady związane z ludzkim umieraniem: jakie działania są wówczas godziwe, a jakie nie.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Wartość śmierci implikuje odpowiednie podejście do tego kluczowego wydarzenia. Na społeczeństwie ciąży obowiązek towarzyszenia osobie umierającej, opieki holistycznej (medycznej, psychospołecznej, duchowej) nad pacjentem oraz stworzenie jej warunków do spokojnego zakończenia ziemskiego życia.

Słowa kluczowe: śmierć, opieka paliatywna, uporczywa terapia, eutanazja, samobójstwo wspomagane

Definicja pojęcia

Śmierć, będąca zakończeniem ludzkiego życia, jest fenomenem wielowymiarowym. Rozgrywa się on na wszystkich poziomach ludzkiego bytowania: biologicznym i psychologicznym, filozoficznym, etyczno-moralnym, duchowym i społeczno-kulturowym.

Aspekty biologiczne

Przez wieki próbowano określić, kiedy człowiek umiera. Kierowano się różnymi kryteriami, szczególnie zanikiem czynności oddechowej oraz ustaniem akcji serca. Obecnie wiadomo, że te dwa symptomy nie są definitywnie rozstrzygające; zdarza się czasem, że dzięki reanimacji/resuscytacji udaje się przywrócić funkcje życiowe osobie znajdującej się w stanie śmierci klinicznej.

W miarę rozwoju technik monitorujących proces umierania zaczęto zwracać większą uwagę na ośrodek koordynujący funkcjonowanie całego organizmu, jakim jest centralny układ nerwowy, zwłaszcza mózg, w którym znajdują się ośrodki zarządzające m.in. oddychaniem oraz akcją serca. W 1959 roku francuscy uczeni P. Mollaret i M. Goulon opisali po raz pierwszy stan człowieka, który przeszedł nieodwracalnie granicę życia i śmierci, definiując ją jako *coma dépassé* (ang. *irreversible coma* – nieodwracalna koma; śpiączka nieodwracalna). Uznali oni, że stan ten charakteryzują brak przytomności, bezdech, brak odruchów oraz brak czynności elektrycznej mózgu (tzw. płaskie EEG). Na ich ustaleniach opierała się Komisja Harwardzka, która w 1968 roku została powołana do dokładnego sprecyzowania momentu śmierci. Opracowała ona kryteria śmierci mózgowej, podając dodatkowo przyczynę trwałego bezdechu: śmierć pnia mózgu, w którym zlokalizowane są ośrodki oddychania. Zdaniem uczonych z Harvard Medical School za zmarłą uważa się osobę, u której stwierdzono: 1) brak świadomości, 2) brak ruchów ciała, 3) brak oddechu, 4) brak odruchów czaszkowych i rdzeniowych, 5) brak spontanicznych odruchów obronnych (reagowania na ból i ciepło, reakcji źrenic, odruchu kaszlowego, oczno-mózgowego i wymiotnego), 6) brak jakiejkolwiek uchwytnej czynności mózgu (płaskie EEG). Komisja Harwardzka podkreśliła integracyjną funkcję

mózgu, który jest swoistą „centralą" zarządzającą pozostałymi elementami ludzkiego organizmu; jego obumarcie wyznacza moment śmierci człowieka, choć niektóre organy mogą jeszcze przez jakiś czas wykazywać oznaki żywotności.

Na międzynarodowym spotkaniu w Montrealu w 2012 roku opracowano uniwersalną definicję śmierci w brzmieniu:

> Śmierć jest to trwała utrata przytomności oraz trwała utrata wszystkich funkcji pnia mózgu. Może być spowodowana trwałym ustaniem krążenia lub krytycznym uszkodzeniem mózgu. W kontekście stwierdzania śmierci określenie „trwałe" oznacza utratę funkcji, która nie może powrócić spontanicznie i nie będzie przywrócona na drodze interwencji.

Zgodnie z tą definicją krytyczne uszkodzenie mózgu prowadzi do rozpoznania śmierci na podstawie kryteriów neurologicznych, tradycyjnie określanej jako śmierć mózgu. Orzeczenie to stało się punktem wyjścia do wypracowania przez polskich specjalistów kryteriów rozpoznawania śmierci mózgu, które zostały ogłoszone przez Ministra Zdrowia w roku 2019. I tak, rozpoznanie śmierci mózgu opiera się na stwierdzeniu nieodwracalnej utraty jego funkcji, zaś postępowanie kwalifikacyjne jest dwuetapowe. W etapie pierwszym stwierdza się podstawową arefleksję pniową (zanik odruchów kaszlowego i wymiotnego oraz rozszerzenie i brak reakcji źrenic na światło), określa się przyczynę, która doprowadziła do katastrofalnego (skrajnie ciężkiego) uszkodzenia mózgu, i przeprowadza się obserwację wstępną. W etapie drugim następuje dwukrotna analiza stwierdzeń (pacjent jest w śpiączce; pacjent jest sztucznie wentylowany) i wykluczeń (wyklucza się hipotermię, zatrucie i wpływ niektórych środków farmakologicznych, zaburzenia metaboliczne i endokrynne, hipotensję), dwukrotne wykonanie badań potwierdzających arefleksję pniową (brak reakcji źrenic na światło; brak odruchu rogówkowego; brak ruchów gałek ocznych spontanicznych; brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej; brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy zastosowany w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych, jak również brak reakcji ruchowej w obrębie twarzy w odpowiedzi na bodźce bólowe zastosowane w obszarze unerwienia rdzeniowego; brak odruchów wymiotnych i kaszlowych; brak odruchu oczno-mózgowego) oraz trwały bezdech. W uzasadnionych przypadkach zaleca się wykonanie dodatkowego badania instrumentalnego.

Choć śmierć pnia mózgu uważa się za definitywną śmierć człowieka, to wiadomo, że poszczególne tkanki i organy nie obumierają równocześnie, lecz proporcjonalnie do ich wrażliwości na niedobór tlenu. Najszybciej giną wysoko wyspecjalizowane komórki nerwowe budujące struktury mózgu oraz rdzenia kręgowego; niedotlenienie powoduje ich nieodwracalne zniszczenie (np. kora mózgu umiera w ciągu trzech–sześciu minut). Inne tkanki są o wiele bardziej odporne na brak tlenu i wykazują dłuższą żywotność; dotyczy to szczególnie komórek nabłonkowych, mięśniowych i łącznotkankowych. Procesy trawienne oraz ruchy perystaltyczne jelit obserwowane są jeszcze kilkanaście godzin po śmierci mózgu, zaś ruchy migawek nabłonków dróg oddechowych – nawet do trzydziestu godzin. Prawidłowo zbudowane i ruchome plemniki znajdowano w organizmie mężczyzny po upływie siedemdziesięciu dwóch godzin. Umieranie jest zatem procesem wydłużonym w czasie; okres od momentu stwierdzenia zgonu do ustania ostatnich przejawów funkcjonowania organizmu określa się mianem okresu interletalnego (międzyśmiertnego).

Wkrótce po ustaniu krążenia pojawiają się u człowieka zmiany pośmiertne. Umownie dzieli się je na wczesne i późne. Do pierwszych należą plamy opadowe oraz stężenie pośmiertne; pojawienie się tych symptomów, określanych jako „pewne znamiona śmierci" (*stigma mortis*), pozwala niedwuznacznie stwierdzić zgon człowieka. Plamy opadowe powstają na skórze zmarłego około dwudziestu–trzydziestu minut po zatrzymaniu krążenia. Są one wynikiem opadania krwi do sieci naczyń żylnych włosowatych znajdujących się w najniżej położonych częściach ciała. Mają one odcień sinofioletowy lub żywoczerwony, gdyż krew, spływająca siłą ciężkości do dolnych części ciała, jest bardzo uboga w tlen, który zostaje wykorzystany do ostatnich procesów zachodzących jeszcze w tkankach w okresie interletalnym. Plamy opadowe są w pełni wykształcone po upływie około sześciu godzin; do tego czasu mogą się jeszcze przemieszczać. Przy zmianie pozycji zwłok zwykle tworzą się w innych miejscach, po czym zostają utrwalone z powodu stopniowego zagęszczenia krwi, by osiągnąć swoje niezmienne miejsce po dwunastu godzinach od chwili zgonu. Drugim objawem definitywnej śmierci człowieka jest stężenie pośmiertne. Mięśnie zmarłego ulegają skróceniu i usztywnieniu, co jest wynikiem przemian zachodzących w organizmie, w którym ustały funkcje życiowe (m.in. zmniejsza się zawartość

ATP stanowiącego nośnik energii chemicznej używanej w metabolizmie komórki). Stężenie pośmiertne daje się zauważyć czasem już po trzydziestu minutach, zazwyczaj jednak pojawia się po upływie dwóch–trzech godzin. Najszybciej sztywnieją mięśnie, które za życia wykazywały największą aktywność (palców, stóp, żuchwy). Procesowi tężenia poddane są także narządy wewnętrzne, na przykład serce, w którym stwierdza się skurcz lewej komory po upływie trzydziestu minut (stąd zwykle w komorze tej nie ma krwi). Kurczą się także mięśnie układu pokarmowego oraz zwieraczy źrenic, przez co źrenice ulegają najpierw zwężeniu, a następnie ponownemu rozszerzeniu. Stężenie pośmiertne obejmuje całe zwłoki po sześciu–ośmiu godzinach, jego siła zaś zależy od masy ciała; u dzieci i u osób wyniszczonych jest ono najmniejsze, u osób dorosłych i otyłych – największe. W wyniku postępującego stężenia zwłoki ludzkie mogą ulegać pewnemu przekształceniu. Zauważalne jest często lekkie zgięcie kończyn górnych w łokciach wraz z zaciśnięciem dłoni oraz nieznaczny przykurcz kończyn dolnych. Stężenie pośmiertne ustępuje stopniowo, począwszy od drugiej doby, a szybkość rozluźniania się martwego ciała zależy od temperatury otoczenia.

Do wczesnych zmian pośmiertnych zalicza się także bladość zwłok, ich oziębienie oraz wysychanie pośmiertne. Ponieważ symptomy te występują także w śmierci klinicznej, nie są uznawane za definitywne, a tym samym nie należą do „niewątpliwych znamion śmierci" (*stigma mortis*). Bladość zwłok jest skutkiem ustania krążenia i odpływu krwi do najniżej położonych części ciała. Zaznacza się ona najbardziej w tych miejscach, które nie są objęte plamami opadowymi. Skóra przyjmuje odcień szarobiały, ziemisty, czasem woskowy. Symptom bladości skóry pojawia się niekiedy jeszcze podczas agonii.

Oziębienie zwłok jest wynikiem ustania procesów przemiany materii, wygaśnięcia aktywności ośrodka termoregulacji i postępującego wyrównywania się temperatury ciała zmarłego oraz temperatury otoczenia. Symptom ten jest zauważalny w normalnych warunkach po upływie od dwóch do pięciu godzin. Zależny jest od kilku czynników, m.in. od masy ciała, wilgotności powietrza, temperatury otoczenia oraz od tego, czy zwłoki są odziane, czy obnażone.

Wysychanie pośmiertne jest wynikiem postępującej utraty wody i przejawia się w formie żółtawobrunatnego, pergaminowatego stwardnienia powłok skórnych w miejscach pozbawionych zrogowaciałego

naskórka. Szczególnie widoczne jest to w spojówkach, czerwieni warg, na wargach sromowych oraz skórze worka mosznowego. Oprócz tego zaobserwować można zmatowienie powierzchni rogówki oka (już po godzinie od ustania krążenia, jeśli powieki pozostawały otwarte) oraz zwiotczenie gałki ocznej.

Późne zmiany pośmiertne uwarunkowane są procesami wewnątrz organizmu, które przyczyniają się do rozkładu zwłok. Należą do nich: autoliza, gnicie, zeszkieletowanie, strupieszenie, przeobrażenia tłuszczowo-woskowe oraz przeobrażenie torfowe.

Aspekty psychologiczne

Umieranie rezonuje w psychice człowieka, który odchodząc z tego świata, doświadcza szczególnych przeżyć mających indywidualny charakter; jedni umierają w lęku, inni w pokoju ducha, jeszcze inni w, zdawałoby się, jakiejś obojętności. Najbardziej precyzyjnie opisano stany psychologiczne człowieka, który umiera wskutek choroby nowotworowej, wyróżniając pięć faz.

W pierwszej fazie pacjent zwykle czuje ulgę, jakby uwalniał się od brzemienia własnej choroby i zdawał się całkowicie pogodzony z tym, co ma teraz nastąpić. Ostatkiem sił prosi o wodę; świadczy to o tym, że zachowuje jeszcze świadomość i wie, co się dzieje dookoła. Czasem wodzi oczyma po osobach, które go otaczają, zatrzymuje na kimś swój wzrok, jakby chciał mu jeszcze coś powiedzieć lub zapamiętać wyraz jego twarzy, po czym przymyka powieki. To swoiste „ostatnie pożegnanie" umierającego z tymi, którzy pozostają na ziemi. Pacjent doświadcza utraty sił witalnych, przestaje odczuwać ból, wydaje mu się, że jego ciało jest bardzo lekkie, a nawet jakby się unosi; z drugiej strony nie może już podnieść ręki ani poruszyć nogą i pozostaje prawie nieruchomy. Zdarza się, że próbuje jeszcze coś powiedzieć, z jego ust wydobywają się urywki zdań lub pojedyncze słowa, którymi usiłuje coś zakomunikować, są one jednak nieczytelne dla otaczających go osób. Zwykle czuje suchość na wargach i w ustach; dużą ulgę przynosi mu, gdy ktoś zwilży je wodą.

W drugiej fazie pacjent zaczyna „odpływać", tracąc poczucie czasu i przestrzeni. Jeśli jeszcze kilka minut wcześniej był obecny w danym

pomieszczeniu, przeżywając każdą chwilę w miarę normalny sposób, tak teraz wydaje mu się, że czas przestał istnieć lub też że przechodzi w jakiś bezczas, przedsionek wieczności. Nie traci jednak świadomości, lecz doznaje na swój sposób intensywnych przeżyć. Zaburzone zostaje poczucie przestrzeni, człowiek oddala się, by „rozmawiać" z osobami nieobecnymi lub zmarłymi, czasem „daje znać" o swoim odchodzeniu komuś oddalonemu o setki kilometrów. Jakby powoli jego dusza oddzielała się od jego ciała i tak uwolniona unosiła gdzieś w przestworza.

Faza trzecia może trwać od kilku sekund do trzydziestu minut i zależna jest w dużej mierze od rodzaju choroby oraz kondycji istotnych narządów organizmu, takich jak serce i mózg. Umierający wydaje niekiedy swoiste rzężenie, które świadczy ono o tym, że jest już praktycznie nieprzytomny i nie wie, co się wokół niego dzieje. Zanika także zmysł wzroku: konający zamyka oczy lub zostawia je półprzymknięte, czasem otwarte, jednak jego spojrzenie jest puste i osłupiałe. Prawdopodobnie nie widzi już nic z ziemskiej rzeczywistości. To właśnie wtedy wiele osób w agonii „widzi" ciemny tunel zakończony mocną jasnością, która pociąga ich ku sobie. Człowiek lęka się otchłani, która mogłaby go pochłonąć, zatem pragnie uchwycić się tej błogiej poświaty i przybliża się do niej. Jeśliby w tym momencie proces umierania został przerwany i pacjent wróciłby do normalnego życia, co czasami się zdarza, zwykle wyraża żal, iż nie pozwolono mu odejść ku owej jasności, która tak wyraźnie rysowała się na horyzoncie.

Faza czwarta polega na coraz głębszym zanurzaniu się w śmierć. Organizm jest u kresu biologicznego funkcjonowania, człowiek wydaje ostatnie tchnienia, serce bije coraz bardziej nieregularnie. Następuje jakieś tajemnicze oderwanie się świadomości od ciała, konający jest jakby poza sobą, może patrzeć na siebie z boku lub z góry, przyglądać się własnej operacji lub akcji reanimacyjnej, jaka jest na nim przeprowadzana. Czuje pokój, uciszenie i dziwną błogość, jakby został ostatecznie uwolniony od brzemienia życia. Znikają lęk i wszelka udręka.

Faza piąta trwa od około trzech do pięciu minut i polega na stopniowym wygaszaniu funkcjonowania organów. Ustaje oddech i choć serce może jeszcze bić, jednak ciało wchodzi w nieodwracalny proces umierania. Zdarza się, że człowiek resztkami świadomości słyszy jeszcze głosy ze świata, rozmowy bliskich lub modlitwy nad sobą, stopniowo zapada jednak w sen śmierci, tracąc zupełnie kontakt z rzeczywistością.

Z fazy tej nie ma już powrotu, zatem nie dysponujemy żadnymi wiarygodnymi relacjami na ten temat. Człowiek umarł.

Analiza historyczna pojęcia

Patrząc na śmierć od strony filozoficznej, można wyróżnić dwa podejścia. Jedni uznają ją za definitywny kres istnienia człowieka, inni – za swoiste przejście do nowej formy egzystencji.

Śmierć jako kres istnienia

Pogląd, że śmierć stanowi definitywne zakończenie życia, głosili już niektórzy starożytni filozofowie greccy (Demokryt, Epikur, stoicy), upowszechnił się on jednak szczególnie od XIX wieku wskutek rozwoju antropologii filozoficznych ujmujących człowieka jako efemeryczną cząstkę kosmosu, byt przygodny, efekt gry przypadku w ciągle ewoluującym świecie. Reprezentantem tego typu myślenia w XX wieku był m.in. Vladimir Jankélévitch, który w książce *To, co nieuchronne* pisał:

> w chwili śmierci zostawiamy za sobą naszą przeszłość i wkraczamy w nicość. […] Śmierć jest właśnie śmiercią w tym sensie, że oznacza całkowity zanik, absolutne unicestwienie (Jankélévitch, 2005, s. 18 i 29).

Człowiek to co prawda dobrze zorganizowane, myślące, zdolne tworzyć kulturę ciało, lecz tylko ciało, więc tęsknoty i marzenia o innym, pośmiertnym sposobie bytowania nie mają pokrycia w rzeczywistości, a czasem są szkodliwe, ponieważ odciągają od właściwego przeżywania teraźniejszości.

> Traktujemy śmierć z powagą, jeśli mówimy: nie mam o niej pojęcia, nic o niej nie wiem, gdybym coś o niej wiedział, nie byłaby to już śmierć. Wszystkie moje wyobrażenia czerpię z życia, należą one do życia, są wytworem mojej wyobraźni. Te wyobrażenia mogą być szalenie wymyślne, barwne […], nie są jednak zbyt poważne (Jankélévitch, 2005, s. 41).

Śmierć jako przejście do nowej formy egzystencji

Pomimo rozwoju cywilizacyjnego i naukowego duża część społeczeństwa jest przekonana o istnieniu jakiejś dalszej formy życia w innej, pozagrobowej rzeczywistości. Według sondażu przeprowadzonego w Niemczech w 2019 roku około 40% społeczeństwa wierzyło w życie po śmierci; w Polsce wynik ten w roku 2015 wynosił 66%. Choć różne są wyobrażenia przyszłej egzystencji, to charakterystyczny jest fakt, że niemal wszyscy pojmują ją jako doskonałą, szczęśliwą i nieprzemijającą, w której wszelkie ludzkie aspiracje znajdują swoje spełnienie. W niej także ostatecznie zostaje pokonana śmierć, a wraz z nią – cierpienia, choroby i ból.

Śmierć jako oddzielenie się duszy od ciała

Już Platon pojmował śmierć jako rozdzielenie ciała i duszy, uznając, że człowiek to „dusza władająca ciałem". Ciało jest dla duszy ciężarem, który sprawia kłopoty, źródłem zła, niepokoju i namiętności. Z kolei dusza jest ze wszystkiego, co posiadamy, czymś najbardziej boskim, własnym i naszym. Platon wyraźnie antagonizował duszę i ciało, uznając tylko tę pierwszą za prawdziwego człowieka, ciało zaś za bolesny ciężar, z którego należy się wyzwolić. Opowiadał się przy tym za reinkarnacją (zwaną w starożytności metempsychozą): po śmierci dusza może wędrować od ciała do ciała, czy to zwierzęcego, czy ludzkiego, aż do momentu, gdy przez umiłowanie piękna oraz medytację prawd wiecznych odzyska lotność i powróci ostatecznie do właściwego miejsca zamieszkania, jakim jest świat czysto duchowy – świat idei. Teoria reinkarnacji pojawiła się także u innych myślicieli starożytnych (m.in. Filona z Aleksandrii, gnostyków; o sprzyjanie jej podejrzewano w kręgach myślicieli chrześcijańskich Orygenesa). Obecnie pogląd o wędrówce dusz i ich inkorporowaniu do różnych bytów znajduje zwolenników szczególnie wśród wyznawców niektórych religii wschodnich (np. hinduizmu).

Śmierć jako przejście do wiecznej szczęśliwości w formie cielesno-duchowej

Przekonanie o śmierci jako bramie prowadzącej do pełni życia nie tylko w formie duchowej, lecz także cielesnej, odnajdujemy m.in. w chrześcijaństwie oraz islamie. Chrześcijaństwo wyznaje wiarę w zmartwychwstanie ciał i życie wieczne, co zostało sformułowane w *Credo* Nicejsko-konstantynopolitańskim w 381 roku. Wiara ta oparta jest na fakcie zmartwychwstania Chrystusa poświadczonym przez naocznych świadków, którzy spotykali Pana po Jego wyjściu z grobu. Święty Paweł pisał w Liście do Rzymian:

> Przekazałem wam na początku to, co przejąłem: że Chrystus umarł – zgodnie z Pismem – za nasze grzechy, że został pogrzebany, że zmartwychwstał trzeciego dnia, zgodnie z Pismem: i że ukazał się Kefasowi, a potem Dwunastu, później zjawił się więcej niż pięciuset braciom równocześnie; większość z nich żyje dotąd, niektórzy zaś pomarli. Potem ukazał się Jakubowi, później wszystkim apostołom. W końcu, już po wszystkich, ukazał się także i mnie jako poronionemu płodowi (1 Kor 15,3–8).

Wśród teologów chrześcijańskich daje się zauważyć dwojakie podejście do kwestii śmierci: jedni uważają ją za czasowe rozdzielenie ciała i duszy (które trwa aż do momentu paruzji, czyli powtórnego przyjścia Chrystusa), inni – za moment zmartwychwstania w śmierci. Pierwszy pogląd pojawia się w oficjalnym *Katechizmie Kościoła katolickiego* (KKK):

> W śmierci, będącej rozdzieleniem duszy i ciała, ciało człowieka ulega zniszczeniu, podczas gdy jego dusza idzie na spotkanie z Bogiem, chociaż trwa w oczekiwaniu na ponowne zjednoczenie ze swoim uwielbionym ciałem. Bóg w swojej wszechmocy przywróci ostatecznie naszym ciałom niezniszczalne życie, jednocząc je z naszymi duszami mocą Zmartwychwstania Jezusa (KKK, nr 997).
>
> Dusza ludzka jest nieśmiertelna, nie ginie więc po jej oddzieleniu się od ciała w chwili śmierci i połączy się na nowo z ciałem w chwili ostatecznego zmartwychwstania (KKK, nr 366).
>
> Aby zmartwychwstać z Chrystusem, trzeba umrzeć z Chrystusem, trzeba „opuścić nasze ciało i stanąć w obliczu Pana" (2 Kor 5,8). W tym «odejściu» (Flp 1,23), jakim jest śmierć, dusza jest oddzielona od ciała. Połączy się z nim na nowo w dniu zmartwychwstania umarłych (KKK, nr 1005).

Dusza, która – za św. Tomaszem z Akwinu – jest rozumiana jako forma substancjalna bytu ludzkiego i pierwszy akt istnienia, może bytować niezależnie od niego. Zaraz po śmierci idzie na spotkanie z Bogiem i zostaje poddana sądowi szczegółowemu, po czym oczekuje na ostateczne zmartwychwstanie, by na nowo połączyć się ze swoim przemienionym, uduchowionym ciałem na końcu czasów.

Niektórzy teologowie (G. Greshake, G. Lohfink, A. Lahl, R. Guardini, W. Hryniewicz) uważają, że koncepcja śmierci jako rozdzielenia duszy i ciała jest częściowym przeniesieniem na teren chrześcijański platońskiego dualizmu i dlatego opowiadają się za innym poglądem – zmartwychwstania w śmierci. Ich zdaniem nie istnieje stan pośredni oczekiwania na moment połączenia się duszy z ciałem: ostateczne zmartwychwstanie, sąd, oczyszczenie i koniec świata dokonują się natychmiast, w chwili śmierci człowieka, który jest niepodzielny i jako taki – tzn. z duszą i ciałem – od razu przechodzi do wieczności. Przed Bogiem staje jako cały, tzn. wraz ze swoim ciałem, które zawiera w sobie historię życia, relacji z ludźmi i otaczającym go światem. To w ciele człowiek wykonywał swoje czyny: pracował, trudził się, cierpiał, płakał, doznawał radości, jakżeby zatem mogło być ono nieobecne w decydującym dla jego dalszego losu spotkaniu ze Stwórcą? We wszystkich swoich aktach człowiek okazywał się nierozdzielną jednością, funkcjonującą na poziomie ciała i duszy. Sama dusza – jako oddzielona od ciała substancja – nie może być zatem jedynym „przedstawicielem" człowieka w spotkaniu z Chrystusem, który sam zasiada po prawicy Ojca wraz ze swoim zmartwychwstałym ciałem.

Wydaje się, że koncepcja śmierci jako rozdzielenia ciała i duszy oraz koncepcja zmartwychwstania w śmierci nie stoją w sprzeczności, a wszystko zależy od perspektywy spojrzenia na ludzką śmierć – czy postrzega się ją z perspektywy doczesności, czy też wieczności. Dla tych, którzy pozostają w świecie doczesnym, wszystko jest rozciągnięte w czasie (gr. *chronos*), podległe historycznemu rozwojowi i przemijalności. Ciało zostaje złożone do ziemi, gdzie ulega procesowi rozkładu i oczekuje dnia zmartwychwstania, dusza zaś istnieje nadal jako niematerialna zasada ludzkiego trwania. Inaczej jednak ma się sprawa dla tego, który oddaje ostatnie tchnienie. Wkracza on w zupełnie nową rzeczywistość, gdzie wszystko dokonuje się „naraz" w *eonie* (gr. *aion*, łac. *aeon*) – i początek, i koniec, i ostateczna przemiana stworzenia. Po

tamtej stronie grobu na nic się już nie czeka i człowiek – jako całość – wchodzi natychmiast w pełnię życia. Idzie na spotkanie z Bogiem jako jeden niepodzielny byt ze swoją cielesnością i duchowością, nie zaś jako *anima separata*.

Muzułmanie wierzą, że po śmierci dusza oddziela się od ciała i oczekuje na dzień zmartwychwstania i sądu. Po nim ludzie prawi otrzymują raj, zaś niewierni oddani zostają mocom piekielnym. Wieczna szczęśliwość rozumiana jest jako pobyt w rajskim ogrodzie, będącym oazą przeciętą licznymi strumykami wypełnionymi wodą lub mlekiem, z krzewami winogron, łożami i kobiercami, dziewicami o wielkich oczach i skromnym spojrzeniu oraz młodzieńcami podającymi wino, które nie powoduje bólu głowy.

Jakkolwiek patrzeć na śmierć, rzeczywistość, jaka się po niej otwiera, przekracza ludzkie wyobrażenia. Śmierć jest jedynym w swoim rodzaju wydarzeniem, w które każdy człowiek wchodzi tylko raz. Doświadcza wówczas głębokiej przemiany swojej osoby, jej pełna prawda znana jest tym tylko jednak, którzy przeszli już na drugą stronę życia. *Exitus* jest zarazem *extasis*, wyjściem z siebie, z dotychczasowej formy życia ku czemuś absolutnie większemu.

Ujęcie problemowe pojęcia

Śmierć jako ostatni akt człowieka i podsumowanie jego życia

François-Xavier Durrwell zwraca uwagę na etyczne i moralne znaczenie śmierci. Śmierć stanowi swoiste podsumowanie życia, jakie prowadził człowiek. Z jednej strony jest czymś przerażającym, związanym niejednokrotnie z cierpieniem i lękiem jako „błąd egzystencjalny" i zamach na ludzką wolność, skoro nikt nie może jej uniknąć. Z drugiej strony człowiek może uprzednio pokonać jej tragiczne fatum, zamieniając swoją egzystencję w życiodajne obumieranie, nie poddając się bezrefleksyjnie egoistycznym odruchom, lecz traktując każdy dzień jako okazję do służby, podarowania siebie, objawia się jako uosobiona proegzystencja. Śmierć jako podsumowanie i kres wszelkich ludzkich działań dopełnia poprzedzające ją życie; jest aktem totalnym, który

zawiera w sobie wszystkie poprzedzające ją akty cząstkowe. W ten sposób śmierć, będąc czymś narzuconym z góry, może być uprzednio zaakceptowana przez człowieka w sposób rozumny i wolny. Przyjmując trajektorię życia w postawie daru z siebie, człowiek może konstruować swoją śmierć jako najwyższy akt miłości. Skoro miłość polega na podarowaniu siebie, a jej doskonałym przejawem jest oddanie własnego życia, zatem można o niej orzekać jako o szczytowym przejawie *agape*. Istotne jest tu jednak wcześniejsze nastawienie życiowe: czy ktoś dążył do selfistycznego używania dóbr głównie dla własnej przyjemności (w takim wypadku konstruował śmierć-zerwanie, „śmierć-*od*"), czy też służył, dawał siebie, troszczył się bardziej o innych niż o swoje korzyści (wówczas konstruował swoją śmierć jako komunię, „śmierć--*dla*") (Durrwell, 2006, s. 134–136). W ten sposób śmierć może jawić się człowiekowi jako dojście do pełni człowieczeństwa, co widać najpełniej w agonii i śmierci Jezusa Chrystusa.

Etyczne zasady związane z ludzkim umieraniem

Ostatni etap ludzkiego życia niesie ze sobą obowiązki dla społeczeństwa, które winno przychodzić z ulgą umierającemu człowiekowi poprzez towarzyszenie mu w tym okresie oraz otoczyć holistyczną, specjalistyczną opieką.

Towarzyszenie umierającemu

Umieranie człowieka jest szczególnym zadaniem dla członków jego rodziny oraz najbliższych mu osób. Towarzyszenie, pomoc, dobre słowo, modlitwa, życzliwy gest, uważna obecność – wszystko to ma dla niego istotne znaczenie. Stanowi podporę w tym najtrudniejszym dla niego momencie. Bliskie osoby, rodzina, personel medyczny, wolontariusze hospicyjni, kapelani, świeccy pracownicy opieki duchowej w medycynie, pozostając przy chorym, wykonują najbardziej adekwatny czyn: są obecni. Wyrażają w ten sposób swoją życzliwość, miłość i wsparcie. I choć ostatecznie człowiek sam przechodzi przez bramę śmierci, to przebywając w otoczeniu bliskich mu osób, zwykle jest spokojny i pogodzony z faktem umierania.

Obowiązek opieki medycznej i łagodzenia bólu

Na służbie zdrowia ciąży obowiązek specjalistycznej opieki medycznej wobec człowieka umierającego. Przejawia się on w stosowaniu proporcjonalnych środków leczenia, tzn. takich, które są standardowo aplikowane w danym przypadku oraz umożliwiają osiągnięcie pozytywnego wyniku terapii bez nadmiernych niedogodności, cierpień i wydatków. Pacjent ma prawo do podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, karmienia i nawadniania, o ile służą jego dobru. Koniecznym elementem opieki nad pacjentem umierającym jest łagodzenie jego bólu przy pomocy skutecznych analgetyków. Dotyczy to szczególnie bólu długotrwałego, który jest zjawiskiem niepożądanym, wpływającym destrukcyjnie na psychosomatyczną konstrukcję człowieka. Pacjent mierzący się ze schyłkiem życia może doświadczać tzw. bólu totalnego, który jest efektem różnego typu zranień w sferze duchowej, psychicznej, fizycznej i społecznej, nieraz głęboko skrywanych przez całe życie. Zagraża on jego spójności, jest trudny do zdiagnozowania („teraz wszystko mnie boli") i leczenia. Wymaga od lekarza uważności, towarzyszenia i wdrażania całościowego podejścia do chorego i jego cierpienia. W przyjętym dość powszechnie mniemaniu podawanie silnych analgetyków może czasem przyspieszyć ich zgon. Podobnie niektórzy wysuwają zastrzeżenia wobec sedacji paliatywnej, polegającej na stosowaniu w kontrolowany sposób leków sedatywnych w celu złagodzenia ogromnego cierpienia spowodowanego objawami fizycznymi, opornymi na leczenie innymi metodami, poprzez zmniejszenie świadomości pacjenta z nieuleczalną i zaawansowaną chorobą w okresie, gdy śmierć jest nieunikniona i bliska (jest kwestią godzin, dni). Jeśli jednak lekarze postępują zgodnie z obecną wiedzą medyczną i mają doświadczenie w zakresie prawidłowego wdrażania opioidów, miareczkowania ich dawek, uważności w ocenie ryzyka i właściwego reagowania na objawy niepożądane, a także całościowego diagnozowania potrzeb chorego, to stosowanie analgetyków nie przyczynia się do przyspieszenia jego śmierci. W przypadku sedacji paliatywnej jej zasadność, a także sposób wdrażania powinny być ustalone przez zespół wielodyscyplinarny (o ile to możliwe – z udziałem konsultanta medycyny paliatywnej, zawsze zgodnie z wolą chorego) z podkreśleniem, że jest to leczenie proporcjonalne. Oznacza to, że głębokość sedacji zależy od potrzeby, czyli momentu

uzyskania ulgi w cierpieniu, stąd wystarczająca może być sedacja płytka, pozwalająca na kontakt z chorym. Poza sytuacjami nagłymi zaleca się najpierw ocenę wpływu krótkotrwałej, przerywanej sedacji. Niestety w niektórych krajach obserwowane jest nadużywanie sedacji w formie przedwczesnego jej stosowania bez spełnienia powyższych wymogów (np. bez upewnienia się co do oporności objawów niereagujących na właściwe leczenie) przy jednoczesnej rezygnacji z nawadniania chorego. Taki sposób postępowania rzeczywiście prowadzi do przedwczesnej śmierci pacjenta (np. w efekcie odwodnienia), nie jest to jednak postępowanie zgodne z wymogami sedacji paliatywnej.

Odstąpienie od uporczywej terapii

Na pracownikach służby zdrowia ciąży obowiązek odstąpienia od działań, które by niosły znamię uporczywości terapeutycznej mających na celu podtrzymywanie funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, przedłużających jego umieranie, a zarazem wiążących się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia często łączy się z zastosowaniem nieproporcjonalnych środków leczenia, czyli specyfików, metod i sposobów, które nie dają pozytywnego efektu oraz wiążą się z nadmiernymi cierpieniami, obciążeniami i wydatkami. Celem uporczywej terapii jest dążenie do przedłużenia ludzkiego życia za wszelką cenę bez względu na ponoszony ból i obiektywną prawdę, że aplikowane środki są nieskuteczne i tylko w pewnych przypadkach i w nieznacznym stopniu mogą przedłużyć czyjąś egzystencję. Intencją takiego działania jest zwykle pragnienie dalszego życia, kurczowe trzymanie się nadziei, że „nie wszystko jest jeszcze stracone" i że może jakimś klinicznym fortelem da się oszukać zbliżającą się śmierć. Nierzadko pacjent okazuje się nieprzygotowany na ewentualność śmierci, która zawsze zdaje mu się przedwczesna, nie w porę. W dzisiejszej atmosferze dążenia do maksymalnego używania dóbr materialnych, konsumpcji, szybkiego dorabiania się nieuleczalna choroba jawi się jako absurd, skandal, zło, które powinno być jak najszybciej wyeliminowane przez fachowców – lekarzy, specjalistów od zdrowienia.

Obowiązek informowania chorego o zbliżającej się śmierci

Zdarza się, że personel medyczny oraz rodzina ukrywają prawdę przed chorym, prowadząc swoistą grę, której celem jest stworzenie pozorów, że proces zdrowienia zachodzi prawidłowo i powrót do normalnego funkcjonowania – po poddaniu się jeszcze pewnym zabiegom – jest tylko kwestią czasu. Takie oszukiwanie chorego jest nieetyczne, każdy bowiem ma prawo do wiedzy o sobie samym, o stanie swojego zdrowia, co wynika z powszechnie obowiązującego prawa do prawdy. Obowiązkiem lekarza jest udzielenie podopiecznemu pełnej informacji o jego kondycji fizycznej, wyczerpaniu się możliwości terapeutycznych oraz – w konsekwencji – o zbliżającej się śmierci. Powinien to uczynić z taktem i ostrożnością, w odpowiednich warunkach, w sposób życzliwy, pełen empatii, używając właściwych słów, najlepiej po wcześniejszym przygotowaniu pacjenta (np. przez psychologa) do takiej rozmowy.

Rezygnacja z eutanazji oraz form wspomaganego samobójstwa

Termin „eutanazja" oznacza w znaczeniu potocznym „dobrą śmierć" (gr. *eu* – dobry; *thanatos* – śmierć). Chodzi tu o przyspieszenie procesu umierania, aby człowiek, który doświadcza skrajnie niskiej jakości życia, mógł opuścić świat łagodnie, szybko, bez większych cierpień fizycznych i duchowych.

Czasem pod pojęciem eutanazji rozumie się także wywołanie procesu umierania, jeśli pacjent nie cierpi na żadną letalną chorobę, lecz uskarża się na przykład na depresję lub zespół stresu pourazowego (PTSD). Samobójstwo wspomagane ma ten sam cel co eutanazja (skrócenie życia w wielkim cierpieniu), różni się tylko podmiotem wykonującym ową czynność – jest nim pacjent dokonujący zamachu na własne życie, a lekarz mu w tym pomaga, przygotowując śmiercionośną substancję. Już Hipokrates (V–IV p.n.e.) w swojej przysiędze zawarł zobowiązanie: „Nikomu, nawet na żądanie, nie dam śmiercionośnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał". Tym samym odciął się od wszelkich form sztucznego przyśpieszania zakończenia życia

ludzkiego. Polski Kodeks etyki lekarskiej stwierdza w artykule 32, że „lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa". Eutanazja jest czynem nieetycznym, gdyż bezpośrednio powoduje śmierć przez podanie letalnej dawki farmaceutyku. Rzecznicy sztucznego przyspieszenia śmierci pacjenta odwołują się do argumentów, które – ich zdaniem – usprawiedliwiają taką formę zabicia człowieka, jak: zniesienie bólu totalnego, przerwanie miażdżącego cierpienia, zakończenie podtrzymywania egzystencji, która stała się dramatyczną wegetacją, przyjście z pomocą człowiekowi zmęczonemu życiem, w głębokiej demencji starczej lub nieświadomości, uwolnienie społeczeństwa od ciężaru opieki nad pacjentem nieuleczalnie chorym, względy ekonomiczne i rodzinne, wreszcie brak rokowań na polepszenie się stanu chorego, podeszły wiek i gwałtowne obniżenie się jakości życia pacjenta. W odpowiedzi na te argumenty należy zauważyć, że istnieją działania, które stanowią godziwą alternatywę dla eutanazji/samobójstwa wspomaganego. I tak, jeśli chodzi o doświadczenie nieznośnego bólu, lekarze dysponują obecnie szerokim arsenałem analgetyków, które potrafią złagodzić, a nawet wyeliminować przykre doznania cielesne. W ostateczności pozostaje możliwość sedacji paliatywnej. Lekiem na zmęczenie nie jest śmierć, lecz stworzenie człowiekowi odpowiednich warunków, życzliwa obecność innych osób, kompleksowa opieka duchowa, objęcie pacjenta leczeniem paliatywnym w ramach hospicjum stacjonarnego lub domowego oraz nadanie sensu ostatnim chwilom ziemskiego biegu, które mogą być bardzo cenne w perspektywie całego życia. Często okazuje się, że ostatnie dni są najważniejsze; właśnie wtedy ktoś dokonuje bilansu swojego życia, godzi się z nieprzyjaciółmi, bliskimi, Bogiem, wynagradza za popełnione zło, spisuje testament, zamienia ostatnie podarowane mu chwile w akty miłości i ofiary. Pacjenci w przetrwałym stanie wegetatywnym oraz osoby w głębokiej demencji starczej nie przestają być osobami, nie tracą praw człowieka, zwłaszcza zaś prawa podstawowego, jakim jest prawo do życia.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Umieranie i śmierć jest wydarzeniem, które ma swój wymiar społeczno-kulturowy. Wiąże się to przede wszystkim z okolicznościami, jakie towarzyszą odchodzącemu człowiekowi. Ongiś powszechny był model tzw. śmierci oswojonej, będący efektem określonej, metafizycznej wizji świata zakorzenionej zarówno w filozofii, jak i religii. Świat opisywany był jako przeniknięty transcendentaliami (prawdą, dobrem i pięknem), stanowił uporządkowaną rzeczywistość, którą kształtowały obiektywne prawa fizyczne, moralne i estetyczne. W całej tej strukturze życie i śmierć miały swój określony sens. Człowiek wiedział, że jego życie dobiegnie końca, nie uciekał od myśli o niej, a równocześnie żywił nadzieję na dalsze trwanie w wieczności. Często umierał w warunkach domowych, otoczony gronem najbliższych, zaś jego przechodzeniu do wieczności towarzyszyły określone rytuały i modlitwy. Od XIX wieku zaczął się upowszechniać model „śmierci w samotności". Człowiek coraz częściej odchodził z tego świata w środowisku obcym, w szpitalu, pozbawiony obecności najbliższych. Temat śmierci pomijano, często ukrywano przed chorym fakt jej bezpośredniej bliskości. Stanowiło to przejaw zbiorowego kłamstwa wobec faktu śmierci. Stąd był już tylko krok do modelu „śmierci zdziczałej", który stał się jedną z charakterystycznych cech współczesnego społeczeństwa. Tematyka śmierci jest coraz bardziej wypierana ze świadomości indywidualnej i zbiorowej; odchodzenie człowieka ma odbywać się bez zakłócania normalnego funkcjonowania innych osób. Śmierć uległa tabuizacji – z jednej strony postrzegana jest jako coś absurdalnego i przerażającego, z drugiej – paradoksalnie – upowszechnia się swoisty „kult śmierci"; śmierć stała się fascynującym tematem dla popkultury i środków masowego przekazu. Śmierć jest banalizowana, co przejawia się szczególnie w fikcyjnym przedstawianiu jej w wielu filmach i grach komputerowych. Innym zjawiskiem jest desocjalizacja śmierci, czyli oddzielenie przestrzeni życiowej od świata osób umierających, zacieśnienie kręgu żałobników, uproszczenie rytuału pogrzebowego. Śmierć zdziczała charakteryzuje się także depersonalizacją – człowiek umiera często w samotności, w przestrzeni szpitalnej, otoczony skomplikowanym sprzętem medycznym jako jeden z wielu „przypadków chorobowych". Mówi się dziś powszechnie

także o desakralizacji śmierci, będącej skutkiem rezygnacji człowieka z poszukiwań egzystencjalnych i skupienia się jedynie na rzeczywistości doczesnej. Najważniejszą kwestią staje się wówczas unikanie cierpienia, a kiedy nadchodzi moment śmierci – jak najszybsze i bezbolesne poddanie się jej nieuchronnemu fatum.

Wobec takich form ludzkiego umierania pojawił się słuszny postulat ponownego oswojenia śmierci bez rezygnacji z wysokospecjalistycznej pomocy medycznej. Realizowany jest on szczególnie w hospicjum oraz w stacjonarnych oddziałach opieki paliatywnej. Są to miejsca, w których zagwarantowana jest kompleksowa opieka medyczna, a równocześnie panują warunki zbliżone do domowych. Formą pośrednią między opieką domową a oddziałem stacjonarnym jest tzw. pobyt dzienny; chory przez kilka godzin w ciągu dnia przebywa w danej placówce medycznej i jest poddawany potrzebnym zabiegom pielęgnacyjnym. Człowiek umierający ma prawo do obecności przy nim rodziny i osób bliskich; winny one towarzyszyć mu w jego ostatnich chwilach oraz aktywnie włączać się w opiekę. W ostatnim okresie życia może zrezygnować z terapii niosących znamiona nieproporcjonalności i odejść z tego świata we własnym domu w towarzystwie bliskich mu osób, otoczony znajomymi przedmiotami (obrazami, fotografiami, meblami).

Umierający człowiek ma szczególne prawo do opieki duchowej. Jeśli jest osobą wierzącą, winien być otoczony modlitewnym wsparciem osób z najbliższego otoczenia oraz przedstawicieli wspólnoty religijnej. Winien mieć także możliwość dostępu do środków zapewniających mu spotkanie z Bogiem (np. sakramentów pojednania, namaszczenia chorych czy Eucharystii).

Bibliografia

Bartoszek, A. (2000). *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej.* Katowice: Księgarnia św. Jacka.

Boros, L. (1974). *Mysterium mortis. Człowiek w obliczu ostatecznej decyzji*. Przeł. B. Białecki. Warszawa: PAX.

Chyrowicz, B. (red.) (2008). *Przedłużanie życia jako problem moralny*. Lublin: TN KUL.

Galewicz, W. (red.) (2009). *Wokół śmierci i umierania*. Kraków: Universitas.

Hołub, G., & Duchliński, P. (red.) (2017). *Człowiek na granicy istnienia. Dyskusje o śmierci mózgowej i innych aspektach umierania*. Kraków: Akademia Ignatianum – Wydawnictwo WAM.
Jankélévitch, V. (2005). *To, co nieuchronne. Rozmowy o śmierci*. Przeł. M. Kwaterko. Warszawa: PIW.
Kaczkowski, J. (2020, 30 października). *Jak umiera ciało człowieka. Ostatnie godziny przed śmiercią*. Pobrano z: https://www.zwrotnikraka.pl/jak-umiera-cialo-czlowieka/ (dostęp: 15.01.2025).
Krajnik, M., & Rogiewicz, M. (red.) (1998). *Opieka paliatywna*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej im. L. Rydygiera.
Kübler-Ross, E. (2007). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Przeł. I. Dolażal-Nowicka. Poznań: Media Rodzina.
Machinek, M. (2004). *Śmierć w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u kresu życia ludzkiego*. Olsztyn: Hozjanum.
Mielec, B., *Śmierć*. W: A. Muszala (red.) (2007). *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański* (s. 544–548). Radom: Polwen.
Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. W sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. M.P. 2020, poz. 73.
Saint-Maurice, C., Muller, A., & Meynadier, J. (red.) (1998). *Ból. Diagnostyka, leczenie i prewencja*. Przeł. B. Delorme. Warszawa: Geberthner i S-ka.
Salvoldi, V. (2004). *Człowiek nie umiera, rodzi się dwa razy. Godzina naszych narodzin*. Przeł. L. Rodziewicz. Kraków: Bratni Zew.
Sanders, M.A. (2007). *Nearing Death Awareness: A Guide to the Language, Visions, and Dreams of the Dying*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Robert Nęcek
Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
https://orcid.org/0000-0001-8576-9908
https://doi.org/10.35765/slowniki.580

Aborcja i eutanazja a godność człowieka w świetle nauki społecznej Kościoła

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Słowo „aborcja" oznacza „poronienie zamierzone", „wywołanie poronienia". Zabieg mający na celu przerwanie ludzkiego życia w okresie płodowym próbuje się współcześnie promować jako prawo człowieka, choć za podstawowe należy uznać prawo człowieka do życia. Eutanazją nazywa się natomiast zamierzone zabójstwo ciężko chorego człowieka. Godność wreszcie, wyrażająca wyjątkowe znaczenie osoby ludzkiej, bywa uznawana za źródło prawa do życia.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: W starożytności greccy filozofowie Platon i Arystoteles, choć nie byli przeciwni życiu, to jednak dopuszczali aborcję z powodów społecznych, jako że ludzkie życie podporządkowywali pożytkowi wspólnoty politycznej. Greccy lekarze jednak potępiali ten zabieg, dopuszczając go jedynie w przypadku zagrożenia życia matki lub śmierci płodu. W Rzymie Cyceron potępił aborcję, a Seneka wychwalał piękno macierzyństwa. Współcześnie papież Franciszek nazwał aborcję morderstwem. W tym duchu wypowiedział się Leon XIV, podkreślając na Twitterze (obecnie platforma X): „zawsze brońmy ludzkiego życia".

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Szacunek do ludzkiego życia jest głównym warunkiem uznawania życia społecznego za godne nazwy życia ludzkiego. Tym sposobem godność ludzka na każdym etapie rozwoju charakteryzuje się bezwarunkowością (wyprzedza ona zatem prawodawstwo państwowe) i obowiązywalnością (co kieruje ostatecznie do Boga Stwórcy). Godność ludzkiego życia to wartość wrodzona, trwała,

niezbywalna i zobowiązująca, zatem niepodobna rozpatrywać ją jedynie w kategoriach użyteczności. Dlatego tak naprawdę chorzy proszą o autentyczną miłość, godne traktowanie i prawdziwe zainteresowanie się ich osobą, czego doświadczają poprzez opiekę paliatywną.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Niewątpliwie aborcja i eutanazja wywołują skrajne emocje, gdyż cywilizacja śmierci pokryła swoim pesymizmem krańcowe obrzeża ludzkiego życia: z jednej strony odrzucając osoby starsze, a z drugiej strony przyzwalając na eliminację dzieci upośledzonych i chorych. Odrzucanie osób starszych oraz dzieci upośledzonych i chorych bywają dopuszczane przez ustawodawstwa współczesnych państw. Jest to efekt nie tylko zachwiania relacji rodzinnych, lecz nade wszystko lekceważenia przykazania „Nie zabijaj!".

Słowa kluczowe: aborcja, eutanazja, godność człowieka, opieka paliatywna, okno życia

Definicja pojęcia

Słowo „aborcja" pochodzi z języka łacińskiego *abortus* lub *abortio* i oznacza „poronienie zamierzone", „wywołanie poronienia". Jest to zabieg mający na celu przerwanie ludzkiego życia w okresie płodowym. Współcześnie aborcję próbuje się promować jako prawo człowieka. Tymczasem podstawowym prawem człowieka jest prawo do życia, będące podstawą wszystkich innych praw. Aborcja nie jest zatem prawem człowieka, gdyż niszcząc życie, wyraźnie godzi w prawo do życia. W tym kontekście Benedykt XVI, zwracając się do polityków austriackich, zaapelował, aby nie pozwolili na to, by dzieci były postrzegane jako przypadki choroby, które należy usuwać:

> Chciałbym raczej poprzeć głęboko ludzki postulat i stać się rzecznikiem istot mających się narodzić, które nie mają głosu. Tym samym nie zamykam oczu na problemy i na konflikty, z jakimi zmaga się wiele kobiet, zdaję sobie też sprawę, że wiarygodność naszego stanowiska zależy także od tego, co sam Kościół czyni, aby pomóc kobietom w trudnych sytuacjach („L'Osservatore Romano" 2007, nr 10-11, s. 7).

Szacunek do każdego ludzkiego życia jest warunkiem tego, by życie społeczne było godne nazwy życia ludzkiego. Chodzi o to, że kiedy człowiek traci w sumieniu szacunek dla poczętego życia, w krótkim czasie gubi również swoją własną tożsamość. Nie istnieją więc „małe morderstwa". Takie ujęcie sprawy jednoznacznie pozwala nazywać aborcję morderstwem, na co nakierowuje nas Joseph Ratzinger w pozycji *Patrzeć na Chrystusa* (Kraków 2005, s. 78–79). Dlatego Kościół zawsze sprzeciwia się wszelkim formom negowania ludzkiego życia i promuje naturalny porządek, o czym wspomniał Benedykt XVI podczas homilii wygłoszonej w bazylice La Sagrada Família (por. „L'Osservatore Romano" 2010, nr 12, s. 12).

Z kolei „eutanazja" to określenie pochodzące z języka greckiego, które prawdopodobnie oznaczało „dobrą śmierć", (*eu* – dobry, *thanatos* – śmierć), rozumianą jako bezbolesne odejście z tego świata (podczas snu). Obecnie eutanazją nazywa się natomiast zamierzone zabójstwo ciężko chorego człowieka. Chrześcijanie od początku głosili, że każde życie ludzkie jest święte i nienaruszalne. Od XIX wieku eutanazja pojmowana jest jako skrócenie życia osoby nieuleczalnie chorej z litości

i pod wpływem współczucia dla jej cierpień. Natomiast wg definicji encyklopedycznej eutanazja to zabójstwo człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego (por. *Encyklopedia popularna PWN*, 1993, s. 217).

Współcześnie w dyskusji o eutanazji pojawiły się pojęcia „życie niewarte życia" i „jakość życia". Powstały również organizacje działające na rzecz legalizacji eutanazji (w Wielkiej Brytanii 1935, w USA 1938). Na szeroką skalę eutanazja została po raz pierwszy zastosowana w XX wieku, torując drogę do Holokaustu. W nazistowskich Niemczech pod hasłem eutanazji dokonano w latach 1939–1941 eksterminacji ponad 200 tys. osób niepełnosprawnych i psychicznie chorych; ludobójcza eutanazja była jednym z motywów zagłady milionów więźniów w obozach koncentracyjnych.

Źródłem prawa do życia staje się natomiast g o d n o ś ć. Słowo to pochodzi z łacińskiego *dignitas* i oznacza wartość osobistą, zasługę, wyraża wyjątkowe znaczenie osoby ludzkiej. Tym sposobem godność ludzka na każdym etapie rozwoju charakteryzuje się bezwarunkowością i obowiązywalnością, co uwypukla J. Ratzinger w *Duchowych fundamentach Europy* (por. „Społeczeństwo" 2004, nr 4-5, s. 643–658). Bezwarunkowość daje do zrozumienia, że godność i wypływające z niej prawa wyprzedzają prawodawstwo państwowe, dlatego od zawsze muszą być szanowane, gdyż należą do wartości wyższego rzędu. Obowiązywalność godności osoby kieruje nas ostatecznie do Boga Stwórcy. Oznacza to, że godność jest wartością wrodzoną, trwałą, niezbywalną i zobowiązującą (por. Nęcek, 2012, s. 293).

Z tej racji papież Franciszek podkreślił, że „nie możemy pozwolić na to, aby ktoś został «na poboczu życia», zepchnięty na margines ludzkiej godności" (Franciszek, 2013, s. 214). Poszanowanie godności osoby ludzkiej przejawia się zatem w podmiotowym jej traktowaniu. Tymczasem, jak czytamy w *Patrzeć na Chrystusa*,

> władza człowieka w sensie jego dominacji nad światem osiągnęła rozmiar przyprawiający o zawrót głowy. W „robieniu" staliśmy się wielcy, ogromni, ale w „byciu", w sztuce życia, rzecz ma się inaczej. Wiemy, co można „zrobić" z rzeczami i z ludźmi, ale nie mówimy już o tym, czym są rzeczy, czym jest człowiek (s. 8).

Skutkiem tej obojętności stają się różne formy gwałtu na dzieciach i – jak mówił Jan Paweł II podczas katechezy wygłoszonej w trakcie audiencji generalnej po tragedii w Biesłanie (2004) – „przemocy ze strony dorosłych", czego skrajnym wyrazem jest gwałt na prawie do życia. W tej perspektywie, podkreśla Ratzinger w *Patrzeć na Chrystusa*, „spojrzenie, które kieruję na drugiego, decyduje o moim człowieczeństwie" (s. 8).

Benedykt XVI podkreślił, że istnieje pilna potrzeba odtworzenia na nowo „chrześcijańskiej tkanki społeczności ludzkiej" („L'Osservatore Romano" 2010, nr 12, s. 33), gdyż wszędzie tam, gdzie Boga lekceważy się jako najwyższe dobro, tam „godność człowieka wystawiona jest na niebezpieczeństwo" (Benedykt XVI, 2006, s. 5). Dlatego społeczeństwa uznające agnostycyzm za podstawę porządku publicznego deprecjonują swoją wolność, stając się społeczeństwami zrozpaczonymi i naznaczonymi smutkiem (por. Nęcek, 2012, s. 290). Oznacza to, że miłość do dziecka może być – jak czytamy w części I *Jezusa z Nazaretu* Benedykta XVI pt. *Dzieciństwo* – „znienawidzona tam, gdzie domaga się wyjścia z siebie samego, po to by się wznieść ponad siebie. Miłość nie jest romantycznym uczuciem błogości" (Kraków 2012, s. 116). Z tej racji miłość do dziecka wyraża się w uszanowaniu jego godności i zagwarantowaniu prawa do życia. W tym duchu więc papież Leon XIV – jeszcze jako biskup diecezji Chiclayo – podkreślił na Twitterze, a obecnie X: „zawsze brońmy ludzkiego życia" (2015).

Analiza historyczna pojęcia

Na przestrzeni dziejów Platon i Arystoteles dopuszczali aborcję z powodów społecznych. Ludzkie życie było podporządkowane dobru państwa, które miało regulować liczbę dzieci obywateli, pozwalając się rodzić zdrowym i silnym, a eliminując słabych i chorych. Greccy lekarze Hipokrates i Soranos z Efezu potępiali aborcję, traktując ją jako zabójstwo. Uznawali jej dopuszczalność jedynie w przypadku zagrożenia życia matki. W tekście przysięgi Hipokratesa znalazł się zapis: „Nikomu, nawet na żądanie, nie podam śmiercionośnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka na poronienie".

W starożytnym Rzymie aborcja w wielu kręgach wyzwalała ostry sprzeciw. Cyceron potępił ją w mowie publicznej. Zjawisko to, występujące pośród zamożnych Rzymianek, krytykował Juwenal, a Seneka wychwalał piękno macierzyństwa. Natomiast Owidiusz – jeden z najwybitniejszych starożytnych poetów – zapisał:

> Tego żadna tygrysica nie czyniła w gąszczach Armenii, także lwica nie miała serca, by niszczyć swe nieurodzone młode! A jednak delikatne dziewczyny to czynią, ale nie bezkarnie; jest często tak, że kto zabija owoc własnego łona, sam umiera.

Z kolei Filon z Aleksandrii uważał zabijanie nienarodzonych za straszliwą zbrodnię. Podobnego zdania byli Tertulian, św. Hieronim, św. Augustyn i św. Tomasz z Akwinu. W przypadku Ojców Kościoła – św. Augustyna i św. Tomasza – „na podstawie ich uznania dla Arystotelesowej teorii narodzin duszy – zwolennicy aborcji próbują udowadniać, że teologowie nie byli jej przeciwni", o czym pisze Piotr Worwa w artykule poświęconym historii aborcji (https://chwalazapomniana.pl/historia-aborcji-o-zyciu-i-smierci/, dostęp: 11.06.2025).

W najnowszym nauczaniu Kościoła papież Pius XI w encyklice *Casti connubii* (1930) podkreślił, że „nie ma też żadnego tzw. prawa „bezwzględnej konieczności", które by mogło „usprawiedliwić uśmiercenie niewinnego dziecka" (nr 1b). Niezwykle istotnym dokumentem jest Deklaracja Kongregacji Nauki Wiary *Questio de aborto* (1974) o przerywaniu ciąży. Oprócz wielu istotnych argumentów Kongregacja przypomina zasadę Tertuliana:

> Uniemożliwienie narodzenia jest przyspieszeniem zabójstwa. I nie ma różnicy, czy ktoś uśmierca życie już narodzone, czy dopiero rodzące się. Człowiekiem jest ten, kto ma nim być. Przecież wszelki owoc istnieje już w nasieniu (nr 6).

Natomiast Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae* (1995) stwierdził, że

> mocą władzy, którą Chrystus udzielił Piotrowi i jego Następcom, w komunii z Biskupami – którzy wielokrotnie potępili przerywanie ciąży, zaś w ramach wspomnianej wcześniej konsultacji wyrazili jednomyślnie – choć byli rozproszeni po świecie – aprobatę dla tej doktryny – oświadczam, że bezpośrednie przerwanie ciąży, to znaczy zamierzone jako cel czy jako środek, jest zawsze poważnym nieładem moralnym, gdyż jest dobrowolnym zabójstwem niewinnej

> istoty ludzkiej. Doktryna ta, oparta na prawie naturalnym i na słowie Bożym spisanym, jest przekazana przez Tradycję Kościoła i nauczana przez Magisterium zwyczajne i powszechne (nr 62).

W kontekście ochrony godności osoby ludzkiej papież Franciszek nazwał aborcję morderstwem. W swojej autobiografii napisanej w 2024 r. wespół z Fabiem Marchesem Ragoną powiedział: „musimy zawsze bronić ludzkiego życia, od poczęcia aż do śmierci. Nigdy nie przestanę mówić, że aborcja to morderstwo, czyn zbrodniczy".

Pierwsze wzmianki o eutanazji pochodzą z jednej z komedii starożytnego greckiego poety Kratinosa, który użył tego określenia na szybką i bezbolesną śmierć. Arystoteles, Platon i Seneka usprawiedliwiali eutanazję jako metodę zakończenia agonii, ale pitagorejczycy sprzeciwiali się prawu człowieka do odbierania sobie życia. Życie ludzkie należy do najwyższych wartości i uzyskało status „dobra bezwzględnie chronionego" (Rabiega, 2016, s. 162). Niektórzy uważają, że określenie „eutanazja" wywodzi się z poglądów XIII-wiecznego angielskiego franciszkanina i filozofa Rogera Bacona. To pojęcie przypisuje się także autorstwu Franciszka Bacona, który w dziele *Novum Organum* z 1620 roku stwierdził, że eutanazja stanowi humanitarny obowiązek każdego lekarza. Jego poglądy były przez prawie dwieście lat przemilczane (por. Rabiega, 2016, s. 163).

Kościół Katolicki stoi natomiast na stanowisku, że eutanazja narusza jedną z podstawowych zasad Dekalogu – przykazanie V brzmiące „Nie zabijaj!". Brak zgody na pozbawianie ludzkiego życia zostało mocno podkreślone przez Kongregację Nauki Wiary z 1980 roku w deklaracji o eutanazji *Iura et bona* (1980). Dokument ten nie tylko krytykuje wszelki relatywizm, ale stwierdza, że

> nikt ani nic nie może w żaden sposób zezwolić na zadanie śmierci niewinnej istocie ludzkiej, bez względu na to, czy chodzi o płód lub embrion, o dziecko, osobę dorosłą, czy starca, o osobę nieuleczalnie chorą, czy znajdującą się w agonii. Ponadto nikomu nie wolno prosić o taką śmiercionośną czynność, ani dla siebie, ani dla kogoś innego, powierzonego jego odpowiedzialności; co więcej, nikt nie może zgodzić się na to, bezpośrednio lub pośrednio. Nie może również takiej czynności prawomocnie nakazać lub zezwolić na nią żadna władza (nr II).

W tym kontekście papież Franciszek w encyklice *Fratelli tutti* stwierdził, iż w

> gruncie rzeczy „ludzie nie są już postrzegani jako podstawowa wartość, którą należy szanować i chronić, szczególnie jeśli są ubodzy lub niepełnosprawni, jeśli «nie są jeszcze potrzebni» – jak dzieci nienarodzone – lub «nie są już potrzebni» – jak osoby starsze […]" (nr 18).

Tymczasem – jak czytamy w deklaracji *Dignitas infinita* z 2024 r. – chodzi o to, że „życie jest prawem, a nie śmierć, którą trzeba przyjąć, nie zadawać" (nr 52).

Ujęcie problemowe pojęcia

Należy podkreślić, że głównym celem nauki społecznej Kościoła jest wyjaśnianie rzeczywistości społecznej, co podkreślał Jan Paweł II w encyklice *Sollicitudo rei socialis* (1987),

> poprzez badanie jej zgodności czy niezgodności z nauką Ewangelii o człowieku i jego powołaniu doczesnym, a zarazem transcendentnym; [nauka ta] zmierza zatem do ukierunkowania chrześcijańskiego zachowania (nr 41).

Instrukcja *Libertatis conscientia* (1984) dopełnia tę kwestię stwierdzeniem, że nauka społeczna Kościoła, korzystając z zasobów i mądrości nauk humanistycznych, „dotyczy strony etycznej tego życia i uwzględnia aspekty techniczne problemów, ale zawsze pod kątem ich oceny moralnej" (nr 72).

Oznacza to, że Kościół – poprzez ukazywanie najgłębszej prawdy o człowieku – stoi na straży zgodności systemów społecznych z uniwersalną prawdą o godności osoby ludzkiej. Stając się rzecznikiem powszechnie uznanych wartości, osądza instytucje społeczne i całe systemy. Istniejąc dla ludzi, działa ze względu na ludzi. Dlatego jego zaangażowanie przejawia się w bezkompromisowej obronie godności człowieka i jego praw. Krytyczna funkcja Kościoła nie oznacza jednak ingerencji w rozwiązania typu technicznego, gdyż stanowiłoby to zatracenie elementarnego realizmu i byłoby przejawem nieuprawnionych roszczeń wykraczających poza wyznaczone kompetencje. Dlatego wzniosłe racje i wskazania moralne etyków, teologów w konkretnych sprawach są uzasadnione o tyle, o ile nie pozostają w sprzeczności z rzeczowymi argumentami specjalistów i fachowców (por. J. Gocko, *Kościół obecny w świecie – posłany do świata*, Lublin 2003, s. 339).

Jakże w tym kontekście brzmią słowa znanego krakowskiego lekarza i naukowca, Andrzeja Szczeklika, który wyraźnie stwierdził, że

> z perspektywy biologa czy medyka człowiek bez wątpienia powstaje w momencie połączenia komórek rozrodczych. Zarodek ma w sobie cały plan rozwoju i pełen komplet genów, by móc się rozwijać. Nie sposób zatem twierdzić, iż zarodek staje się człowiekiem dopiero po upływie tygodni. Zarodek po ośmiu czy dwunastu tygodniach nie będzie bardziej człowiekiem, niż jest nim już w chwili poczęcia (Szczeklik, 2012, s. 122).

Zgodnie z tymi słowami człowiekowi należny jest szacunek od poczęcia, aż do naturalnej śmierci ze względu na jego godność.

Dodatkowo instrukcja *Dignitas personae* przypomina, że „ciało w stanie embrionalnym rozwija się stopniowo, zgodnie z wyraźnym i własnym celem, który ujawnia się z chwilą narodzin każdego dziecka" (Kongregacja Nauki Wiary, 2008, nr 4). Z tej racji już embriony ludzkie zachowują swoje elementarne prawa, wskazując nie na konfesyjne przesłanki, lecz na wyraźne odniesienie do godności osoby ludzkiej.

W aspekcie podejścia do życia ścierają się dwie niedające się pogodzić ze sobą mentalności: rozporządzalności i nierozporządzalności ludzkim życiem. Pierwsza mentalność uważa, że ludzkie życie „jest w rękach człowieka, natomiast druga uznaje, że życie jest w rękach Boga" (Benedykt XVI, 2006, s. 51). Nie dziwi więc, że papieska logika jest logiką apelu o szacunek dla ludzkiej godności od samego początku. Zresztą – słowo „szacunek" będące odpowiednikiem łacińskiego *respicere* – „spoglądać i zważać" – „wskazuje na sposób patrzenia na rzeczy i osoby, prowadzący do uznania ich rzeczywistości, a nie do zawłaszczania, lecz darzenia szacunkiem i otaczania troską" (Benedykt XVI, 2006, s. 51).

Zgoła inaczej widzi sprawę australijski filozof Peter Singer, który stwierdził, że ludzkie życie można rozpatrywać jedynie w kategoriach użyteczności, o której świadczy poziom inteligencji (por. Nęcek, 2010), co już dowodzi przedmiotowego traktowania życia. Singer uważa, iż nie każdy człowiek jest osobą. Ludzie w stanie głębokiego upośledzenia czy demencji, choć należą do gatunku ludzkiego, to jednak nie mogą być „osobami" w jego rozumieniu. Singer zarzucił chrześcijanom, że gdyby traktowali życie jako świętość, „to zarżnięcie świni czy wyrwanie główki kapusty byłoby dla nich tak samo odrażające, jak zamordowanie

istoty ludzkiej" (Singer, 2007, s. 89). Dodatkowo ów filozof zestawił nierozwiniętą inteligencję małego dziecka z nierozwiniętą inteligencją małego szympansa, twierdząc, że o godności życia mówi właśnie jej rozwój. Dlatego zatrzymanie się w rozwoju jest dobrą przepustką do stosowania aborcji lub eutanazji. W tym samym duchu wypowiadają się jego zwolennicy, zapominając, że inteligencją małej małpy charakteryzuje się wiele dorosłych szympansów. Idąc tym tokiem myślenia, śmiało można by również je objąć praktyką eutanazyjną.

Warto zauważyć, że twierdzenia o „prawie do własnego brzucha" czy slogany o „prawie do własnego życia" dowodzą, że mentalnie, intelektualnie i uczuciowo osoby je wygłaszające dryfują po mieliźnie ideologii dekadenckiej. Nie da się bowiem zatrzeć granicy między śmiercią naturalną a narzuconą i zamierzoną. Nie sposób także określić granicy „życia niegodnego życia". Benedykt XVI w encyklice *Caritas in veritate* stwierdził, iż

> zadziwia arbitralna selektywność wobec tego, co dzisiaj jest proponowane jako godne szacunku. Wielu gotowych do gorszenia się rzeczami marginalnymi wydaje się tolerować niesłychane niesprawiedliwości (Benedykt XVI, 2009, nr 75).

Intelektualnie wyrafinowani wysuwają dodatkowo argumenty woli życia i strat ekonomicznych. W tym stwierdzeniu pojawia się jednak problem, gdyż prośba chorego w wielu przypadkach – jak świadczą o tym dane holenderskie – nie jest jego indywidualną decyzją. Doktor Karel Gunning z Rotterdamu na łamach miesięcznika „Medizin und Ideologie" z 2000 r. wyraźnie podkreśla, że tzw. prośba chorego staje się bardzo często wymuszona i wyrażona pod wpływem osób bezpośrednio lub pośrednio sugerujących eutanazję. W magazynie „Der Internist" (2004) autor ten przytacza szokujące słowa przygotowującego się do urlopu młodego Holendra skierowane do lekarza rodzinnego: „Mój ojciec chory na raka może niebawem umrzeć, a my nie chcemy przerywać wakacji z powodu pogrzebu. Proszę zrobić tak, aby pogrzeb odbył się jeszcze przed urlopem". Lekarz prośbę spełnił. Okazuje się – jak dowodzą relacje Gunninga – że prośby o eutanazję należą do rzadkości i równie rzadko wyraża się je bezpośrednio. Jeżeli jednak się one pojawiają, to raczej stanowią wołanie o autentyczną miłość, czułość i godne traktowanie ze strony najbliższych.

Dlatego Jan Paweł II zauważył w encyklice *Evangelium vitae*, że

> eutanazja staje się aktem jeszcze bardziej godnym potępienia, gdy przybiera formę zabójstwa dokonanego przez innych na osobie, która w żaden sposób jej nie zażądała ani nie wyraziła na nią nigdy zgody (nr 66).

Należy zatem wyraźnie podkreślić, że tzw. wola pacjenta – w obliczu głębokiej depresji i rodzinnego nacisku – staje się wielce problematyczna i dyskusyjna. Warto zaznaczyć, że życie ludzkie w chwili obecnej lekceważy się na jego obrzeżach, czyli w momentach jego słabości i bezbronności. Chodzi o życie poczętych dzieci, słabych, w podeszłym wieku i cierpiących. Mając tego świadomość, w Holandii ludzie starsi i chorzy coraz częściej zostawiają testament, który brzmi następująco: „*Maak mij niet dood, Dokter* – czyli: Nie zabijaj mnie, doktorze!" (Kęciek, 2005, s. 85–92). Pacjenci tak naprawdę proszą więc o autentyczną miłość, godne traktowanie i prawdziwe zainteresowanie się ich osobą, czego doświadczają dzięki opiece paliatywnej. Dlaczego więc nie promuje się powszechnie ruchu hospicyjnego, który ma na celu całościową pomoc terminalnie choremu? Powszechne przybliżanie idei hospicjum i zapoznanie się z jego działalnością może się przyczynić do pozytywnego spojrzenia na chorego i kres ludzkiego życia.

Na marginesie warto dodać, że przyjęcie ustawy o eutanazji dzieci upośledzonych z 2014 roku przez parlament belgijski wywołało szeroko idące protesty i zażenowanie. Wchodzący w skład rządu premiera Elio Di Rupo liberałowie i socjaliści, opozycyjni zieloni i flamandzcy separatyści cofnęli świat do epoki pogaństwa, o czym piszę szerzej w książce *Między prawdą a barbarzyństwem* (Kraków 2015, s. 25–36). Nie jest więc przypadkiem, że papież Franciszek w adhortacji *Evangelii gaudium* napisał, iż

> rozwija się psychologia grobu, która stopniowo zamienia chrześcijan w muzealne mumie. Rozczarowani rzeczywistością, Kościołem i samymi sobą, przeżywają nieustanną pokusę przywiązania do słodkawego smutku, bez nadziei, który opanowuje serce jako „najtęższy z eliksirów złego ducha" (Franciszek, 2013, nr 83).

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Aborcja i eutanazja wywołują skrajne emocje – z jednej strony odrzucając osoby starsze, a z drugiej strony przyzwalając na eliminację dzieci upośledzonych i chorych. Dla Singera i jemu podobnych eutanazja dziecka z wadami jest dopuszczalna, podobnie jak aborcja przed jego urodzeniem. Niewątpliwie warunki, w jakich się rodzimy, nie zależą od nas, warunki, w jakich żyjemy i umieramy, są dobrami pozamoralnymi. Oznacza to, że dopiero gdy włączy się je w nasze własne życie, mają udział w godności ludzkiej. Przewrotnością jest podważać wartość czyjegoś istnienia i jego prawo do życia ze względu na złe warunki społeczne lub chorobę.

Przykładowo czy można powiedzieć, że śmierć zadana Terri Schiavo na oczach całego świata była godna, a jej śmierć naturalna byłaby niegodna? Mamy bowiem do czynienia z faktem zagłodzenia chorej przez instytucję medyczną w majestacie i pod nakazem prawa. Nie pozwolono jej karmić. Owa śmierć była na życzenie męża, który związał się z inną kobietą i założył rodzinę. To on zadecydował o śmierci żony. Schiavo nie zostawiła żadnego dokumentu, w którym domagałaby się eutanazji. Wręcz przeciwnie, na eutanazję za życia najpewniej się nie zgadzała – jej rodzice określali ją jako gorliwą katoliczkę (por. Biesaga, 2005, s. 23–24).

W tym kontekście warto przypomnieć słowa Jana Pawła II wygłoszone podczas czwartej pielgrzymki do Polski (1991). Podkreślił on, że rodzina jest najpełniejszą wspólnotą w zakresie ludzkich więzi. Tymczasem więzi te ulegają stopniowej degradacji. Niestety kryzys nie ominął instytucji rodziny. Za liczbami, „za analizami i opisami stoi tu zawsze żywy człowiek, tragedia jego serca, jego życia, tragedia powołania". Owa tragedia przejawia się choćby w dyskryminacji kobiety. W „Liście do Kościoła w Ameryce" Jan Paweł II wymienił różne formy tej dyskryminacji (nr 45). Należą do nich nadużycia seksualne i dominacja mężczyzn. A papież w swoich pismach, m.in. w *Familiaris consortio* (1981), krytykował dyskryminację niektórych kategorii kobiet: takich jak bezdzietne mężatki, kobiety będące w separacji, samotne matki i wdowy (nr 24).

W analizie tych więzi chodzi o to, że układ miłości dotyczy nie tylko wspólnoty małżeńskiej i rodzinnej, ale także całości relacji

międzyludzkich (por. Jan Paweł II, 1998, nr 29), gdyż miłość w każdych okolicznościach jest siłą napędową autentycznego i pełnego rozwoju człowieka (por. Benedykt XVI, 2009, nr 1). Istnieje więc konieczność miłości w myśleniu i myślenia w miłości, co uzmysławia nam Józef Tischner w książce *Ksiądz na manowcach* (Kraków 2007, s. 107). Brak tej miłości w myśleniu i myślenia w miłości powoduje, że „kruszą się relacje między kobietą i mężczyzną, między rodzicami i dziećmi, a w ten sposób wysychają źródła życia. Szerzy się nie życie, a śmierć, pojawia się cywilizacja śmierci" (Ratzinger, 2007, s. 23). Do przyczyn rozluźniających więzy rodzinne należałoby jeszcze dodać zakwestionowanie rodziny jako takiej oraz zniewieściałość mężczyzn.

Dodatkowo istotnym wyznacznikiem obniżającym rangę małżeństwa i rodziny jest próba redefiniowania małżeństwa, co przejawia się w próbach legalizacji związków homoseksualnych z prawem do adopcji. Dlatego w książce *Pamięć i tożsamość* naciski Parlamentu Europejskiego dotyczące legalizacji związków homoseksualnych, Jan Paweł II określił mianem „ideologii zła":

> nie brak innych form naruszania prawa Bożego. Myślę na przykład o silnych naciskach Parlamentu Europejskiego, aby związki homoseksualne zostały uznane za inną postać rodziny, której przysługiwałoby również prawo adopcji. Można, a nawet trzeba się zapytać, czy tu nie działa również jakaś inna jeszcze „ideologia zła", w pewnym sensie głębsza i ukryta, usiłująca wykorzystać nawet prawa człowieka przeciwko człowiekowi (s. 20).

Zwrócił na to również uwagę Franciszek w przemówieniu do Wspólnoty św. Idziego. Otóż – mówił papież – „tak dzieje się dziś w tej zmęczonej Europie. W tej Europie, która się zmęczyła; nie postarzała, nie – jest zmęczona. Nie wie, co robić" (Franciszek, 2014, s. 19).

Jednak zasadniczą przyczyną wprowadzenia w życie belgijskiej ustawy eutanazyjnej jest lekceważenie normy Dekalogu mówiącej „Nie zabijaj!" – a Dekalog stoi na straży godności osoby ludzkiej. Jeżeli więc człowiek nie przyjmuje istnienia perspektywy wiary i nadziei, to w efekcie odrzuca przesłanie miłości. Wówczas

> ulega racjom pragmatycznym i utylitarystycznym, które prowadzą do uznania za logiczne, a nawet uzasadnione odebranie sobie życia, jeśli zostało ono uznane za ciężar dla siebie lub innych (Jan Paweł II, 1998, s. 235).

Inaczej mówiąc, eutanazja jest „śmiercią narzuconą, która sprzeciwia się śmierci naturalnej" (Aumonier, Beignier, & Letellier, 2003, s. 54). W dyskusjach nad zalegalizowaniem eutanazji wysuwa się argument woli życia. Nie jest on do utrzymania, gdyż często decyzję wymuszają osoby pośrednio lub bezpośrednio sugerujące eutanazję (por. Nęcek, 2010, s. 39). Przykładem może być lekarz Jan Hendrik van den Berg, który promował prawo do „zabijania z litości" nawet wówczas, kiedy pacjent o śmierć nie prosił. Dawał wyraźnie do zrozumienia, aby praktyką eutanazyjną objąć pewne kategorie pacjentów – kalekie noworodki, dzieci z wadami i osoby obarczone demencją starczą (por. Ochmański, 2008, s. 35). Z tej racji „budzą niepokój zarówno prawodawstwa dopuszczające eutanazję, jak i naciski grup krajowych i międzynarodowych domagających się jej prawnego uznania" (Benedykt XVI, 2009, nr 28).

Argument woli życia jest typowym przejawem hedonizmu. Hedonizm stawia sobie za cel wyciśnięcie z życia jak najwięcej przyjemności. Dobrem człowieka staje się to, co jest przyjemne. Stąd promocja kultu siły i piękna, kariery i sukcesu, młodości i zdrowia. Starość i cierpienie nie znajdują w tym klimacie uznania (por. Ochmański, 2008, s. 48). Jakże przekonywujące staje się zanotowane w książce Brygidy Grysiak pt. *Wybrałam życie* (Kraków 2012) świadectwo anonimowej matki, której córka urodziła się z zespołem Downa – „nie wiedziała, że Cela urodzi się chora. Opowiada, jak życie z Downem może być piękniejsze od życia bez niego. Odkąd poznałam Celę, wcale mnie to nie dziwi" (s. 7). Deprecjonowanie życia nienarodzonych, osób chorych i w podeszłym wieku oznacza ogromny spadek wartości życia, które odrzuca się wtedy, kiedy przestaje się podobać. Dlatego – akcentuje J. Ratzinger w *Czasie przemian w Europie* – „żądza życia przekształca się w obrzydzenie życiem i w nicość jego spełnień. Także i tutaj konsekwencją jest unicestwienie człowieka" (Kraków 2005, s. 33–34).

W tej perspektywie warto podkreślić istnienie „okna życia", które stanowi jedną z form miłości i szczególny przykład „działalności w duchu caritas" (Dziwisz, 2006, s. 89). Właśnie w imię miłości do dziecka w archidiecezji krakowskiej z inicjatywy kardynała Stanisława Dziwisza powstało pierwsze w Polsce „okno życia" (otwarte 19 marca 2006), czyli miejsce, w którym matka może anonimowo zostawić noworodka zamiast dokonywać aborcji lub porzucać je na śmietnisku. A w jaki sposób sam Kardynał definiuje „okno życia"? Otóż okno to jest

> wielkim wezwaniem, aby w naszych rodzinach było więcej miłości. Aby było więcej troski o świadome przygotowanie się do życia w małżeństwie sakramentalnym. I aby było więcej starania o rodzicielstwo traktowane jako współpraca z samym Stwórcą. Albowiem tylko Bóg jest Panem życia i śmierci. To On daje człowiekowi nieśmiertelną duszę. Nikt zatem nie ma prawa podnosić ręki na życie poczętego człowieka (Dziwisz, 2006, s. 90).

Oczywiście warto zauważyć, że „okno życia" będące pod opieką Sióstr Nazaretanek w Krakowie nie jest szczytem kardynalskich marzeń, gdyż trudno porzucanie dzieci nazwać wiosną człowieczeństwa. „Okno" nie jest rozwiązaniem sprawy, lecz zwróceniem uwagi na problem dzieci niechcianych i porzucanych, a zarazem wołaniem skierowanym do ludzkich sumień. W powstałej idei chodzi o ratowanie ludzkich istnień przed pozbawieniem ich życia.

Przede wszystkim „okno życia" jest odpowiedzią na brak szacunku do dziecka i na zdziczenie obyczajów. Kardynał Dziwisz nawiązał do okresu pierwszych wieków, kiedy to nowo narodzonym dzieciom także nie okazywano elementarnego szacunku. Znajdowano je w pojemnikach na śmieci, w parkach miejskich i w publicznych toaletach. Już prawo rzymskie zezwalało bowiem na odrzucenie dzieci po narodzeniu. Starożytni Rzymianie dopuszczali porzucenie noworodków słabych i chorych, dzieci płci żeńskiej i ze związków pozamałżeńskich. Widząc, co się dzieje, chrześcijanie zbierali je, chrzcili i wychowywali. Jeśli dziecko zmarło, urządzano mu pogrzeb. To m.in. miłością do dzieci pierwsi wyznawcy Chrystusa zdobywali uznanie w oczach Rzymian, a zarazem stawali się dla nich wyrzutem sumienia i solą w oku.

Nieprzypadkowo więc kardynał Dziwisz w dniu otwarcia „okna życia" powiedział, że okno to jest ratunkiem „dla dziecka, któremu rodzice odmówili miłości" (Dziwisz, 2006, s. 295). Dodatkowo idea „okna" uświadamia, że kobieta nigdy nie posunęłaby się do takich kroków, gdyby swój egzamin z ojcostwa zdał mężczyzna. Dlatego słuszną sprawą jest rozpowszechnianie informacji, że matki ukrywające ciążę, niemogące rodzić w szpitalu i niebędące w stanie wychowywać dzieci mogą zostawić je w bezpiecznym miejscu. Kardynał Dziwisz słusznie akcentował:

> pamiętajmy: istnieje „okno życia"! Lepiej zatem tam przynieść swoje niemowlę, niż mieć je na swoim sumieniu. Jeśli sami nie możemy otoczyć troską dziecka, pozwólmy by inni ludzie wprowadzili je w prawdziwy zasięg miłości (Dziwisz, 2006, s. 90).

Godne uznania – w kontekście dowartościowania godności ludzkiej – staje się ponadto promowanie opieki paliatywnej, gdyż udziałem człowieka jest nie tylko szczęśliwe życie, zdrowie i pomyślność, ale także choroba, a zwłaszcza ta przewlekła, nieuleczalna, prowadząca do śmierci. To szczególne doświadczenie dotyka człowieka we wszystkich niemal dziedzinach życia. Pomimo ogromnego postępu wiedzy, zaangażowania nauki i technologii w pomoc chorym przewlekle, w życie ludzkie wpisana jest bezradność i trud współuczestniczenia w cierpieniu. Dodatkowo medycyna nastawiona na wyleczenie chorego zaniedbała funkcję opieki nad umierającymi (por. Górecki, 2003).

Opieka paliatywna odnosi się do etapu, gdy choroba jest nieuleczalna. Natomiast opieka u schyłku życia to opieka paliatywna w okresie zbliżania się do śmierci. Jak pisze Jerzy Jarosz w tekście *67 powodów, by opiekę paliatywną traktować jako konieczność, a nie luksus* opublikowanym na łamach „Służby Zdrowia" (nr 26-33, 2012), leczenie wspomagające jest określeniem najszerszym, obejmującym pozostałe. W swoich założeniach opieka ta docenia jakość życia, uważając umieranie za normalne i naturalne zjawisko przypisane człowiekowi. Nie dąży ani do przyspieszenia, ani też do opóźniania śmierci. Jest ustanowiona po to, aby zapewnić najlepszą możliwą jakość życia aż do śmierci. Prawidłowe umiejscowienie medycyny paliatywnej w systemach opieki zdrowotnej oprócz rozwiązań organizacyjnych i doskonalenia metod leczenia wymaga przewartościowania priorytetów medycznych.

Hospicjum ma na celu umożliwienie osobom terminalnie chorym i ich rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, wykorzystując do tego własne środki, możliwości i uprawnienia (por. Łuczyńska, 1998). Walden-Gałuszko wymienia następujące priorytetowe zasady postępowania w opiece paliatywnej:

- Akceptacja nieuchronności śmierci. W praktyce oznacza to powstrzymanie się od wszelkich działań nadzwyczajnych w okresie agonii i wiąże się z uznaniem prawdy, że możliwości działań medycznych w kierunku „przywracania" życia na siłę są ograniczone, a w pewnych sytuacjach mogą się okazać szkodliwe, ponieważ przedłużają agonię, a nie ratują życia.
- Akceptacja właściwej pory śmierci. Jest to powstrzymanie się od działań, które mają na celu przyśpieszenie śmierci. Opieka paliatywna jest alternatywą dla eutanazji – przeciwstawiając pojęciu

eu thanatos („śmierć łatwa, bezbolesna") pojęcie *kalos thanatos* („śmierć piękna, wzorcowa").

- Głównym celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorych i temu celowi podporządkowane są wszystkie formy leczenia i opieki.
- Opieka paliatywna jest opieką holistyczną. Obejmuje wszystkie sfery życia chorego: somatyczną, psychiczną, społeczną i duchową, jak również pacjenta i jego rodzinę.
- Opieka paliatywna ma charakter wieloaspektowy, sprawowana jest zespołowo i polega na harmonijnej współpracy wielu specjalistów z uwzględnieniem koordynacyjnej roli kierownika zespołu. Jest to ważny element prawidłowo sprawowanej opieki paliatywnej (por. De Walden-Gałuszko & Majkowicz, 2008).

W tej perspektywie istnieje jeszcze konieczność wielkiej pracy zmierzającej

> do przygotowania ludzi do cierpienia i do śmierci. Według opinii służby zdrowia jedynie 4 procent pacjentów umie cierpieć i z pokojem serca zmierza na spotkanie ze swą śmiercią. Jak na katolickie społeczeństwo to mało. Ale dokładniejsza analiza programów katechezy i duszpasterstwa ujawnia, że temat jest przemilczany. Mówienie bowiem o męce i śmierci Jezusa to nie to samo, co przygotowanie młodych ludzi do składania ofiary w cierpieniu i śmierci. Tym bardziej, że wystarcza wejść na dwie godziny do Szpitala Dziecięcego w Krakowie – Nowym Prokocimiu, by zobaczyć z całą jaskrawością aktualność cierpienia i śmierci w życiu dziecka. Katecheza musi mieć na uwadze fakt, że opanowanie sztuki cierpienia i umierania jest wykładnikiem dojrzałości człowieka. Ewangelia mówi nam o tym prawie na każdej stronie (Staniek, 2006, s. 3).

Warto jeszcze poruszyć kwestię rezygnacji z tzw. uporczywej terapii. Polega ona na ratowaniu życia środkami nadzwyczajnymi, do których należy aparatura medyczna. Dlatego Jan Paweł II przypomniał w *Evangelium vitae*, iż trzeba „ocenić, czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia" (nr 65). Jeżeli więc istnieje moralna pewność, że podłączenie do aparatury nie przynosi żadnych rezultatów, a wręcz przeciwnie, przebywanie pod jej wpływem powoduje dodatkowe cierpienie, to wówczas można pacjenta od niej odłączyć. To odłączenie nie polega na dobrowolnym skracaniu życia, lecz rezygnacji z walki o jego sztuczne przedłużanie. Jeśli podłączenie do aparatury nie prowadzi do samodzielnego życia organizmu,

to – jak czytamy dalej w *Evangelium vitae* – rezygnacja „nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci" (nr 65). Oznacza to, że testament życia staje się o tyle właściwy i zasadny, o ile zostanie precyzyjnie opisany w prawie. W przeciwnym razie nieścisłość prawna może się przyczynić do wprowadzenia eutanazji „tylnymi drzwiami".

Warto w końcu podkreślić, że ludzie dojrzewają w trudnościach. Z tej racji ks. Józef Tischner w *Wierze ze słuchania* (Kraków 2009, s. 294–295) przypomniał – mając świadomość różnych uwarunkowań – że

> w dzisiejszych czasach, zwłaszcza w Polsce, jest ten wielki problem: problem aborcji. Kościół zabiega w rozmaity sposób, żeby jakoś rozwiązać ten problem. Pamiętajmy jednak, że rozwiązanie problemu leży w człowieku. W odrodzeniu człowieka, w odrodzeniu jego miłości. I w rozumieniu tego prostego zdania Ewangelii: „Kto chce zachować życie, straci je, a kto straci życie, ten odzyska je". Kto w rodzinie będzie się umiał poświęcić, ten odzyska siebie. A kto będzie w rodzinie chciał egoistycznie siebie zachować, ten straci siebie.

Bibliografia

Aumonier, N., Beignier, B., & Letellier, P. (2003). *Eutanazja*. Przeł. E. Burska. Warszawa: Wydawnictwo Instytut Wydawniczy PAX.

Benedykt XVI (2006). Nie wolno naruszać życia i godności człowieka. Msza święta w parafii św. Anny w Watykanie, 5.02.2006. *L'Osservatore Romano*, *5*, 52.

Benedykt XVI (2009). Encyklika *Caritas in veritate*. Watykan: Libreria Editrice Vaticana.

Biesaga, T. (2005). Eutanazja – śmierć godna, czy nie godna? *Medycyna Praktyczna*, *4*, 22–25.

Dziwisz, S. (2006). *Miłością mocni*. Kraków: Wydawnictwo św. Stanisława BM.

Franciszek (2013). *Nie zgadzaj się na zło.* Kraków: Wydawnictwo M.

Franciszek (2014). Prawdziwą rewolucją jest współczucie. Przemówienie do Wspólnoty św. Idziego (15.06.2014). *L'Osservatore Romano*, *7*, 19.

Jan Paweł II (1998). Człowiek wobec tajemnicy śmierci. Przemówienie podczas spotkania z uczestnikami międzynarodowego sympozjum nt.: „Opieka nad umierającym. Aspekty społeczno-kulturowe, medyczne, pielęgniarskie i duszpasterskie" zorganizowanego przez Ośrodek Bioetyki Katolickiego Uniwersytetu „Sacro Cuore"

(17.03.1992). W: K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie. Dokumenty Kościoła* (s. 234–236). Tarnów: Wydawnictwo Biblos.
Kęciek, K. (2005). Doktorze, nie zabijaj mnie. *Przegląd Powszechny*, *4*, 85–92.
Kongregacja Nauki Wiary (2008). *Instrukcja Dignitas personae dotycząca niektórych problemów bioetycznych*. Watykan: Wydawnictwo Libreria Editrice Vaticana.
Łuczyńska, M. (1998). Instytucja pomocy społecznej. W: T. Kaźmierczak & M. Łuczyńska (red), *Wprowadzenie do pomocy społecznej*. Katowice: Śląsk.
Nęcek, R. (2010). *Z prasy wzięte*… Kraków: Salwator.
Nęcek, R. (2012). Godność osoby starszej w świetle posoborowego nauczania Kościoła. *Przegląd Lekarski*, *1*, 1–4.
Ochmański, W. (2008). *Eutanazja nie jest alternatywą*. Kraków: Wydawnictwo Salwator.
Rabiega, R. (2016). Eutanazja jako problem prawny i etyczny. *Prawo Kanoniczne*, *59*(1), 161–178.
Singer, P. (2007). *Etyka praktyczna*. Warszawa: Książka i Wiedza.
Staniek, E. (2006). *O eutanazji. Z ks. prof. Edwardem Stańkiem rozmawia ks. Robert Nęcek*. Wywiad niepublikowany. Kraków.
Szczeklik, A. (2012). *Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny*. Kraków: Wydawnictwo Znak.

Błażej Kmieciak
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie
https://orcid.org/0000-0002-6347-1796
https://doi.org/10.35765/slowniki.549

Bioetyka i prawa człowieka

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Bioetyka to obszar wiedzy i nauki zajmujący się relacją między życiem a zbiorem norm, zasad i wartości. Pojęcie życia może odnosić się do wszelkich jego form istniejących na ziemi (bioetyka zielona) lub tylko do człowieka (bioetyka biała lub czerwona). Prawa człowieka to z kolei obszar badań naukowych odnoszących się do relacji posiadającej uprawnienia i wolności jednostki do władzy politycznej tak w ujęciu horyzontalnym, jak i wertykalnym.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Bioetyka jako zjawisko socjokulturowe obecna jest w dyskusji społecznej od drugiej połowy XX w., choć jej źródła sięgają do etyki lekarskiej zakorzenionej w starożytnym nauczaniu Hipokratesa. Prawa człowieka są natomiast pojęciem obecnym już w osiemnastowiecznych deklaracjach i dyskusjach na terenie Europy i USA, włączonym na trwałe do słownika pojęć w 1948 r., z chwilą proklamowania Powszechnej deklaracji praw człowieka ONZ.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Bioetyka jest nadal młodym obszarem wiedzy łączącym analizę etyczną z rozwojem biomedycyny, przedstawiającym wnioski dotyczące wykorzystania najnowszych zdobyczy nie tylko medycyny, ale także biologii, biotechnologii i genetyki. Prawa człowieka mają na celu zwrócenie uwagi na konkretne uprawnienia jednostki w relacji z władzą rozumianą jako instytucja, osoba lub nawet system znajdujący się w proporcjonalnie lepszym położeniu niż ona.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Bioetyka wskazuje na konieczność przedkładania dobra istoty/osoby/

człowieka nad cele i dążenia nauki. Myśl prawno-człowiecza eksponuje godność jednostki, która – choć trudna do zdefiniowania – winna być weryfikatorem działań podejmowanych przez władze. Perspektywy bioetyczna i prawno-człowiecza spotykają się w ramach budowania koncepcji godności pacjenta: bazowanie w dyskusjach na dobru i szacunku dla jego osoby stanowić może przykład drogi pomagającej wyjaśnić dylematy pojawiające się w dynamicznie rozwijającej się biomedycynie.

Słowa kluczowe: godność człowieka, biomedycyna, prawa człowieka, bioetyka, badania

Definicja pojęcia

Terminy takie jak „bioetyka", „etyka lekarska" czy też „etyka medyczna" cechuje dość szeroka rozpoznawalność społeczna. Zawody medyczne, w tym zwłaszcza profesja lekarska, wiążą się z pojawieniem się licznych pytań, wyzwań oraz dylematów dotyczących najczęściej sytuacji osoby, która doświadcza utraty zdrowia. Etyka lekarska odnosi się właśnie do kontekstu relacji między pacjentem a lekarzem, który podejmować winien zadania zgodnie z ustalonym kodeksem norm. Bioetyka określa znacznie szerszy obszar dyskusji, gdyż dotyczy nie tylko relacji między profesjonalistą-medykiem a pacjentem, lecz także innego związku – między greckim słowem *bios* (βίος) oznaczającym „życie" a *ethos* (εθος) oznaczającym „zachowanie, zwyczaj, obyczaj". W etyce zawodowej ekspertów medycznych dostrzegamy relację specjalisty z osobą cierpiącą, jak również uczciwość wykonywania zawodu, korzystanie z osiągnięć wiedzy czy też działania skierowane w stronę własnego środowiska zawodowego. Perspektywa bioetyczna jest szersza i skupiać się będzie na ukazaniu znaczenia zasad, norm i wartości w odniesieniu do wątków, które w sposób bezpośredni lub pośredni skupiają się na fenomenie życia, w szczególności życia człowieka (bioetyka biała lub czerwona). W literaturze przedmiotu wskazuje się, że w podejściu tym nie jest już wystarczające posiadanie wykształcenia np. lekarskiego, istotne jest bowiem również podejście, jakie proponować może np. filozof, psycholog lub prawnik. Wyzwania natury moralnej zaczęły pojawiać się już nie tylko w trakcie bezpośredniego spotkania pacjenta, któremu np. lekarz – obawiając się o dobrostan owego chorego – chce ograniczyć informację dotyczącą jego stanu zdrowia. Naruszenia praw człowieka w okresie drugiej wojny światowej, pojawienie się kolejnych spektakularnych odkryć w medycynie, w szczególności w genetyce, dyskusje społeczne dotyczące takich tematów jak aborcja czy śmierć mózgu, a także przeprowadzenia z sukcesem zapłodnienia pozaustrojowego metodą *in vitro* to te szczególne elementy, które do dyskusji związanej z wyzwaniami biomedycyny zaprosiły przedstawicieli przyrodniczych profesji nielekarskich i reprezentantów dyscyplin humanistycznych oraz społecznych.

Jako pierwszy słowa „bioetyka" użył amerykański profesor onkologii Van Rensselaer Potter, który rozważał moralne działanie człowieka

w odniesieniu do otaczającego środowiska. Dając podstawy tzw. bioetyce zielonej, traktował termin „życie" w sposób szeroki, odnosząc go nie tylko do egzystencji człowieka, ale również innych istot żywych oraz właściwego funkcjonowania środowiska naturalnego. W tym samym czasie, a więc w drugiej połowie XX w., André Hellegers z Georgetown University w USA również użył tego terminu. Badacz ten związał się z The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics i to szczególnie dzięki niemu środowiska akademickie zaczęły podejmować w sposób naukowy zagadnienia na styku biomedycyny oraz etyki. Obecnie uznawany jest za prekursora bioetyki skupiającej się nie na podejściu ekologicznym, lecz na wyzwaniach współczesnej medycyny (Paś, 2013). Wojciech Bołoz dowodzi, że bioetyka pojawiła się na początku lat 70. XX w. w refleksji o przyszłości życia na Ziemi (Bołoz, 2003). Wskazał on, że choć bioetyka ma niewątpliwie ekologiczną proweniencję,

> [to] dzisiaj jest ona rozumiana jako dyscyplina związana z ochroną i promocją życia i zdrowia ludzkiego. Można ją uważać za metodologię konfrontowania nauk biomedycznych z naukami humanistycznymi. Stanowi ona zatem dyscyplinę autonomiczną i nie utożsamia się ani z deontologią lub etyką medyczną, ani z prawem medycznym, ani z prawami człowieka (Bołoz, 2007).

Również Elio Sgreccia, próbując uchwycić sens działań bioetycznych, przekonywał, że ich istotą jest wskazanie granic ingerencji człowieka w życie innej osoby. Jednocześnie badacz ten dodawał, że analiza celów oraz istoty owej ingerencji musi zawsze bazować na weryfikacji każdego działania przez pryzmat poszanowania godności człowieka. Każde z analizowanych działań winno, zdaniem przywołanego tu autora, zostać ukazane w trzech aspektach: biologicznym, antropologicznym oraz etycznym (Paś, 2013).

Choć bioetyka jest obszarem naukowej refleksji autonomicznym względem badań w obszarze praw człowieka, to związki obu obszarów są wyraźne. Elementem je łączącym jest pojęcie godności człowieka. Zwłaszcza w obecnej postaci dyskursu bioetycznego niepodobna pominąć wątku ludzkich uprawnień i wolności. Sam jednak termin „prawa człowieka" ma sens podmiotowy i sens przedmiotowy: prawo łączy się z posiadaniem określonego uprawnienia (*right*) przez jednostkę oraz dotyczy praw jako zbioru reguł i zasad (*law*). Marek Piechowiak

podkreśla, że godność człowieka stanowi bazę dla podmiotowego traktowania praw należnych człowiekowi stanowiących gwarancje zapewniające jego rozwój. Praw nie nadaje człowiekowi władza państwowa, która nie może ich też odebrać, zobowiązana jest natomiast bronić tych praw i troszczyć się o nie. Ochrona praw jednostki przez państwo może jednak prowadzić do ingerencji w jej autonomię, choć prawa człowieka mają chronić człowieka przed arbitralnymi ingerencjami władzy (Ciszek, 2010). Wiktor Osiatyński dodaje do wskazanych tutaj elementów wątek pozaprawny: ochrona praw człowieka jest zobowiązaniem moralnym państwa, bowiem te prawa mają charakter przyrodzony, powszechny i niezbywalny. Zmiany socjokulturowe jednak skłaniają do zwrócenia uwagi na dwa sposoby ujmowania praw człowieka: wertykalny i horyzontalny. Pierwszy odnosi się do dysproporcji istniejącej między położeniem jednostki oraz władzy państwowej lub jej piastuna, który z racji m.in. wykonywanej profesji posiada szerokie i arbitralne możliwości działania. Perspektywa horyzontalna z kolei unaocznia sytuacje, gdy inna jednostka narusza moje prawa także jako jednostki. Znajdujemy się tutaj potencjalnie w sytuacji równorzędnej. Ostatnia z sytuacji jest trudna do zdefiniowania i opisu z racji złożoności ludzkich interakcji. To jednak właśnie władza państwowa, realizując zasadę pomocniczości, zobowiązana jest w takiej sytuacji do tworzenia zasad i norm pozwalających na rozwiązanie potencjalnych konfliktów (Osiatyński, 2000).

Idea praw człowieka bazuje na powszechnie uznawanym poglądzie o unikalności osoby ludzkiej. Normy prawne nadające gwarancje człowiekowi to z kolei przeniesienie wartości w poprzednich wiekach dostrzeganych w prawie naturalnym na rzeczywistość społeczną. Nie można znieść praw człowieka, w pewnych okolicznościach jednak mogą one ulec ograniczeniu: odwołania do zasad proporcjonalności i konieczności, mające dawać obiektywne uzasadnienia, nie mogą usprawiedliwiać negowania szacunku dla ludzkiej osoby. Ograniczenie czyichś praw kieruje też w stronę obowiązków: ograniczenie nierzadko powoduje powstanie konkretnego zobowiązania. Uwaga ta wskazuje na ważny element, jakim jest istnienie swoistych podgrup konkretnych uprawnień, jak np. prawa pacjenta, dziecka, konsumenta, więźnia itd. Wskazane obszary odnoszą się do szczególnego położenia jednostki w sytuacji, w której spotyka się z działaniem określonej władzy: eksperta medycznego, rodzica, strażnika więziennego itd. Z innego punktu

widzenia różnicuje prawa człowieka Karel Vasak, którego koncepcja trzech generacji praw człowieka zyskała na popularności w ostatnim półwieczu. Pierwsza generacja ma obejmować prawa podstawowe, które bezpośrednio powiązane są z naturą ludzkiego bytu (prawa do życia, wolności osobistej, wolności sumienia, myśli, wyznania, informacji itd.). Druga generacja obejmuje prawa mające charakter ekonomiczny, socjalny i kulturowy. Mają one nakładać na państwo konkretne zobowiązania wobec jednostki, jak tworzenie godnych warunków pracy i związków zawodowych, dbałość o wynagrodzenie oraz wypoczynek i – co szczególnie ważne dla dyskusji bioetycznej – ochronę zdrowia. Trzecia generacja obejmuje prawa o charakterze solidarnościowym i kolektywnym, które posiadają określone grupy i zbiorowości (np. prawo do rozwoju, demokracji i pokoju, a także prawo narodów do samostanowienia i zachowania tożsamości etnicznej) (Andrzejczak, 2002).

Analiza historyczna pojęcia

Kiedy mówimy o tematyce bioetycznej, bez trudu pojawić się może skojarzenie z przysięgą Hipokratesa, żyjącego w latach 460–ok. 370 p.n.e. Jest to z pewnością jeden z najważniejszych dokumentów zachodniej medycyny, który ukształtował postrzeganie zadań lekarza leczącego osobę chorą. Zapoznając się z jej treścią, dostrzegamy, iż kluczową osobą, której unikalną rolę eksponuje właśnie dokument, jest właśnie medyk. To jemu zwrócono uwagę na konieczność postępowania względem pacjenta w określony sposób. W przysiędze odnajdujemy zasady: troski o chorego, tajemnicy, zakazu nawiązywania relacji intymnych z chorymi, a także zakazu podejmowania działań, które w dzisiejszych czasach określamy mianem aborcji oraz eutanazji. Przysięga była swoistym kodeksem dobrych praktyk: normy w niej zawarte stały się drogowskazem, który winien uwzględniać lekarz; jeśli ignorował on te wskazówki, narażał się na potępienie przywoływanych w przysiędze greckich bóstw, co równoznaczne było w tamtych czasach z surową karą. Tym samym Hipokratesowi oraz jego uczniom przypisywane jest autorstwo pierwszego dokumentu, który – skupiając się na zadaniach lekarza – stanowił dla niego zbiór zadań mających postać powinności moralnych (Biesaga, 2006). W literaturze przedmiotu wskazuje się, że

to właśnie ten dokument stał się jednym z symboli medycznego paternalizmu. Lekarz był w niej uznany nie tylko za posiadacza wiedzy, ale także za osobę, która ma za zadanie prowadzić pacjenta (Przyłuska-Fiszer, 2005). W kolejnych okresach próżno szukać innych tak istotnych dokumentów wskazujących zasady wykonywania zawodu przez medyków. Wyjątkiem była przysięga (mająca mniejsze znaczenie niż nauczanie greckiego „ojca medycyny") zwana modlitwą Majmonidesa (Mosze ben Majmona), żyjącego w XII w. po Chr. żydowskiego filozofa i lekarza, który nie tylko wielbił Boga za dar wiedzy i mądrości, ale i wskazywał na kluczowe znaczenie troski o chorych i cierpiących, jaką winien się kierować lekarz sprawujący istotną rolę społeczną, bo nie tylko wykonujący dany zawód, ale także realizujący boskie powołanie (Kolarska, 2003).

Do połowy XX w. pojawiały się kolejne kodeksy etyki lekarskiej, odnoszące się w szczególności do nagannych praktyk podejmowanych przez lekarzy, którzy w latach 30. tego stulecia często pod przymusem przyczynili cierpienia tysiącom ludzi, uczestnicząc w procedurze sterylizacji osób z niepełnosprawnością intelektualną (Sobański & Kmieciak, 2020), a następnie w działaniach eksterminacyjnych podczas drugiej wojny światowej. Mowa tutaj zarówno o kierowanej wobec pacjentów szpitali psychiatrycznych akcji T4, która polegała na zabijaniu leczonych w szpitalach psychiatrycznych przy akceptacji nazistowskich lekarzy, jak i eksperymentach pseudomedycznych dokonywanych w obozach koncentracyjnych. Wydarzenia te stały się, jak wskazuje literatura przedmiotu, pierwszym znanym w historii procederem, w którym czynny, a także inicjujący, udział brali właśnie lekarze, niejednokrotnie wykazujący się przed wojną imponującą aktywnością badawczo-dydaktyczną (Jarosiński, 2008). Po wojnie osoby te nierzadko znajdowały się w gronie oskarżanych o zbrodnie wojenne przez aliancki trybunał w Norymberdze. Te tragiczne wydarzenia stały się impulsem do ogłoszenia składającego się z dziesięciu punktów Kodeksu norymberskiego, cennego drogowskazu pokazującego, na jakich zasadach winny opierać się prowadzone przez lekarzy badania oraz eksperymenty, Mowa tutaj w szczególności o zasadzie dobrowolnej zgody pacjenta oraz konieczności poszanowania jego autonomii i godności (Krzyżewska, 2016). W 1948 r. przyjęto Deklarację genewską, która dla lekarzy miała być kolejnym drogowskazem działań opartych na zasadach etycznych

zanegowanych w szczególności przez lekarzy w III Rzeszy (Deklaracja genewska, 1948).

Poznanie struktury ludzkiego DNA, pierwsze udane operacje transplantacji, stworzenie pierwszej definicji śmierci mózgu, pojawienie się możliwości wykorzystania aparatów USG w stosunku do kobiet w ciąży, a także wykonania testów z zakresu diagnostyki prenatalnej i preimplantacyjnej, jak również możliwości klonowania organizmów żywych, pierwsze udane zapłodnienie pozaustrojowe metodą *in vitro*, zalegalizowanie w kolejnych krajach aborcji i eutanazji oraz wykorzystanie zdobyczy genetyki w terapii pacjentów – to niektóre odkrycia i działania w zakresie biomedycyny z drugiej połowy XX w. Również w obszarze regulacji bioetycznych pojawiło się w tym okresie wiele dokumentów, najczęściej mających status deklaracji, których moc sprawcza nie ma realnego wpływu np. na zmianę praktyk. Ukazują one jednak bioetykę jako obszar naukowej dyskusji, w której etycy, filozofowie i – szerzej – humaniści dołączyli do dyskusji związanej z początkiem ludzkiego życia, jego trwaniem oraz końcem. Dyskusje te przestały już odnosić się wyłącznie do tematu diagnozy i terapii człowieka. Ich istotnym elementem stały się wątki związane ze sztucznym poczęciem istoty ludzkiej, jej prenatalnym okresem życia, zastosowaniem innowacyjnych metod terapeutycznych czy też uznaniem, kiedy kończy się definitywnie egzystencja danej osoby (Wróbel, 2012). Wątki te odnoszą się często do idei oraz ochrony praw człowieka.

Często przyjmuje się, że od oświecenia, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych Ameryki wzmacnia się prawa jednostki kosztem uprawnień społeczeństwa. Już jednak np. w Polsce wieków średnich powstawały przepisy zakazujące karania człowieka bez sądowego wyroku, a pierwszym dokumentem odnoszącym się do idei praw jednostki miała być ogłoszona w 1215 r. Wielka Karta Swobód (*Magna Charta Libertatum)*, która ograniczała władzę królewską. W 1679 r. weszła w życie ustawa w sprawie lepszego zagwarantowania wolności poddanym i zapobiegania uwięzieniom zamorskim (*Habeas Corpus*), a ustawa *Bill of Rights* z 1689 r. proklamowała prawa i wolności poddanych (Jurczyk, 2009). W XVIII w. Amerykanie debatowali o potrzebie dołączenia do konstytucji kwestii praw obywatela lub uchwalenia nowego dokumentu uwzględniającego tę sprawę (ostatecznie nie uczyniono tego, uznając, że amerykańska konstytucja jest manifestem praw obywateli). W 1791 r.

wprowadzono jednak dziesięć poprawek do konstytucji dotyczących określenia statusu jednostki, które odzwierciedlały typowe dla liberalizmu ujęcie praw człowieka – jako niezbywalnych i niezależnych od państwa, choć poprzez nie urzeczywistnianych. Podejście amerykańskie zostało przeniesione na teren Francji przełomu XVIII i XIX w., a finałem tych działań było proklamowanie Deklaracji praw człowieka i obywatela w 1789 r., która nie stanowiła dla jej autorów z początków Wielkiej Rewolucji konstytucji, lecz przynosiła katalog przyrodzonych praw naturalnych jednostki, nienadawanych przez polityczną władzę. Deklaracja ta miała wpływ nie tylko na zapisy polskiej Konstytucji 3 maja, ale także na treść dokumentów prawno-człowieczych przyjmowanych w XX w. przez organizacje międzynarodowe. To bowiem we wskazanym dokumencie bardzo mocno zwracano uwagę na zasadę równości wszystkich wobec prawa.

W doktrynie wskazuje się, że wiek XIX charakteryzuje się regresem idei praw człowieka. Owszem, np. we francuskiej deklaracji zaznaczano, że wszyscy ludzie są równi, ale pomijano np. kobiety, dzieci oraz niewolników, co miało szczególne znaczenie w świecie, w którym liczne państwa posiadały zamorskie kolonie. Wiek XX był w pierwszej połowie świadkiem dwóch globalnych konfliktów, które doprowadziły do niespotykanych w historii zmian socjokulturowych i geopolitycznych. Warto w szczególności pamiętać, że nim w Europie wybuchła druga wojna światowa, już w latach 30. ubiegłego wieku zaobserwować można było metodyczne, arbitralne działania władzy III Rzeszy zmierzające do sukcesywnego wykluczenia z życia społecznego określonych grup osób. Mowa tutaj nie tylko o osobach pochodzenia żydowskiego, ale także o ludziach doświadczających niepełnosprawności fizycznej lub intelektualnej. W doktrynie podkreśla się fakt wskazujący na naruszające godność jednostki działania podejmowane w majestacie nazistowskiego prawa (zakazy kierowane wobec Żydów, pozbawianie wskazanej grupy tożsamości, możliwości udziału w życiu lokalnym, arbitralne pozbawianie pracy). Rozszerzenie się działań wojennych na cały świat spowodowało, iż sprzymierzone mocarstwa uczyniły zachowanie praw człowieka jednym z głównych motywów dalszej walki. Potwierdzająca tę wolę państw sprzymierzonych Karta atlantycka podpisana została już w 1941 r. Kolejne dokumenty: Deklaracja narodów zjednoczonych z 1942 r. i Karta narodów zjednoczonych z 1945 r., podkreślały

konieczność ustanowienia uniwersalnego katalogu praw, opartego na tradycji praw człowieka i obywatela. Tak też się stało w 1948 r., gdy 10 grudnia Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) przyjęła Powszechną deklarację praw człowieka, w preambule której zaznaczono, że jej uchwalenie było spowodowane niespotykanymi w historii zbrodniami, które wstrząsnęły sumieniem ludzkości. Milczarski spostrzega istnienie swoistego paradoksu tej deklaracji. Z jednej strony to dokument faktycznie o powszechnym, globalnym charakterze, przyjęty przez wszystkie kontynenty, przedstawicieli wszystkich systemów politycznych i kultur. Jest on nadal ważnym manifestem gloryfikującym godność człowieka bez względu na jakiekolwiek jego indywidualne cechy. Jednocześnie jednak deklaracja nie posiadała silnych, prawnych narzędzi egzekwowania naruszenia praw i wolności człowieka przez określoną władzę. Pierwsza kluczowa zmiana w tym zakresie nastąpiła w 1966 r. z chwilą uchwalenia przez ONZ Paktu praw obywatelskich i politycznych oraz Paktu praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych. Możliwość ich wejścia w życie nastąpiła po 10 latach, a więc w momencie uchwalenia obu dokumentów przez minimum 35 państw. W 1976 r. wszedł również w życie Pierwszy protokół fakultatywny dla Międzynarodowego paktu praw obywatelskich i politycznych, który umożliwił złożenie indywidualnej skargi do Komisji Praw Człowieka po wyczerpaniu wszystkich prawnych środków w kraju macierzystym. W kontekście możliwości złożenia skargi, w szczególności przez jednostkę na działania państwa, nie można pominąć lokalnych działań prawno-człowieczych, jakie pojawiły się na terenie Europy. W 1950 r. przyjęta została Europejska konwencja praw człowieka, która w sposób bezpośredni odnosi się do idei zawartych w ww. ONZ-owskiej deklaracji. Konwencja umożliwiła obywatelom państw członkowskich Rady Europy możliwość składania indywidualnych skarg wpierw do Komisji, a następnie do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (Milczarski, 2013).

W kontekście relacji istniejącej między ideą praw człowieka a bioetyką należy zwrócić uwagę na Konwencję o ochronie praw człowieka i godności osoby ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny, uchwalonej 4 kwietnia 1997 r. w Oviedo. Dokument ten w piśmiennictwie opisywany jest jako Europejska konwencja bioetyczna i uznawany jest za przykład troski o prawa człowieka w czasach dynamicznego rozwoju biologii i medycyny. Zapisy konwencji oparte są na uniwersalnych

zasadach etycznych mających na celu ochronę godności, integralności człowieka oraz jego cielesnej nienaruszalności. Konieczne jest w tym miejscu zwrócenie uwagi na treść art. 2 konwencji, w którym wskazano kluczową dla tego dokumentu zasadę, zgodnie z którą: „Interes i dobro osoby ludzkiej przeważa nad wyłącznym interesem społeczeństwa lub nauki". Wzmocniony zostaje zatem pogląd, zgodnie z którym dobro człowieka zawsze stoi wyżej niż dążenie do uzyskania wiedzy, nawet tej, która bez trudu może być uznana za szczególnie dla społeczeństwa cenną (Biesaga, 2006).

Ujęcie problemowe pojęcia

Przedstawione powyżej spostrzeżenia oraz refleksje skłaniają do zwrócenia uwagi na istnienie kluczowego powiązania między obszarem analiz bioetycznych a zagadnieniem ochrony praw człowieka. Uwaga ta dotyczy zarówno szerszego spoglądania na bioetykę jako na tę dyscyplinę naukową, która odnosi się do etycznych ocen funkcjonowania życia na ziemi: np. ważna tutaj perspektywa ekologiczna związana z ochroną środowiska nieuchronnie kierować się będzie w stronę godnych warunków egzystencji istoty ludzkiej. Także węższe, z całą pewnością dominujące ujęcie bioetycznych dyskusji ukierunkowuje nas na wątki związane z prawami i wolnościami, jakie posiadają ludzkie jednostki oraz społeczności (grupy). Tym samym dostrzegamy tutaj istnienie silnych powiązań. Co prawda nie każda debata prawno-człowiecza dotyczy dylematów bioetycznych (choć wiele z nich skupia się na podobnych aspektach). Patrząc na odwrotny kierunek, widzimy silne relacje. Trudno bowiem wyobrazić sobie temat bioetyczny pomijający prawa człowieka. Dostrzegł to przed laty wspomniany już Wojciech Bołoz, który w swoich publikacyjnych opracowaniach ściśle łączył omawiane tutaj obszary. Autor ten, przedstawiając historię myśli bioetycznej oraz prawno-człowieczej, wskazywał również na istnienie kluczowych elementów problematycznych w tym zakresie. Jego zdaniem zaliczyć do nich można tematy dotyczące aborcji oraz transplantacji ludzkich organów. Niewątpliwie znajdujemy tutaj ważne obszary związane z pytaniami o charakterze bioetycznym: kiedy zaczyna się i kiedy kończy życie człowieka, czy medyk może arbitralnie zadecydować o końcu ludzkiej egzystencji, czym jest autonomia ludzkiego ciała,

gdzie są – jeśli istnieją – granice ludzkiej autonomii. Podobne wątpliwości możemy „ubrać" również w sposób, który bliższy będzie osobom zajmującym się prawami człowieka, a zatem można się zastanowić: gdzie leży granica przewidzianych prawem interwencji, jakie względem człowieka podejmować może lekarz, czy kobieta posiada prawo do samodzielnego decydowania o swoim ciele, czy państwo ma prawo wprowadzić ograniczenie w tej kwestii, czy prawo powinno wypowiadać się na temat momentu końca ludzkiego życia (Bołoz, 2007)? Cechą specyficzną dyskusji w tym zakresie jest istnienie na poziomie społecznym licznych sporów, których atmosfera niejednokrotnie przesłaniać może merytoryczną istotę zagadnienia. Współcześni badacze, nie umniejszając znaczenia debaty społecznej, starają się jednak zlokalizować konkretne problemy w świecie bioetyki i praw człowieka. W ten także sposób w ramach naukowego dyskursu ukazywane są swoiste diagnozy przedstawiające pozytywne i negatywne konsekwencje rozwoju biomedycyny. Skupiając się na problematyce omawianych tutaj zagadnień, warto zwrócić uwagę na proponowany przez współczesnych badaczy zakres tematyczny dotyczący poruszanych pojęć.

W wydanej przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich zbiorowej monografii pt. *Wybrane aspekty praw człowieka a bioetyka* poruszono m.in. następujące tematy, uznane za szczególnie ważne dla współczesnego dyskursu. Mowa zatem np. o:

- zagadnieniu informowania pacjenta oraz świadomej jego zgody: wątki te przedstawiono z perspektywy socjokulturowej oraz klinicznej,
- temacie badań klinicznych: tutaj spotykamy zagadnienia praw pacjenta biorącego udział w takich badaniach, pojawia się również temat danych osobowych, których ochrona winna znajdować się podczas podobnych działań na najwyższym poziomie,
- problemie stosowania testów genetycznych: odniesiono się tutaj zarówno do kwestii bezpieczeństwa samych testów, jak i kierunku ich stosowania z perspektywy rozwijającej się medycyny spersonalizowanej, a także możliwości pojawienia się prawnej regulacji w tym zakresie,
- wątkach związanym z początkiem ludzkiego życia, a więc np. z rozwojem technik zapłodnienia pozaustrojowego metodą *in vitro*, a także tematem końca ludzkiego życia, w tym z problemem korzystania

w procedurach transplantacyjnych z narządów i organów pochodzących od zmarłych dawców (Białek & Wróblewski, 2016).

Wymienione powyżej obszary zainteresowania bioetyki w ujęciu prawno-człowieczym odnoszą się do całości ludzkiej egzystencji. Analiza pozytywnego lub też negatywnego wpływu rozwoju biomedycyny na jednostkę lub społeczeństwo zaczyna się obecnie już na etapie badań mikrobiologicznych związanych z np. używaniem komórek macierzystych. Tutaj pojawiają się m.in wątki związane z możliwością wykorzystania w medycynie regeneracyjnej komórek, które pochodzą od np. ludzkich zarodków. Jednocześnie jednak, widząc rozwój nauki, dostrzegamy kolejne dylematy dotyczące reprogramowania dojrzałych komórek somatycznych do etapu przypominającego właśnie wspomniany tutaj etap zarodkowy. Zastosowanie w kolejnych dekadach przywołanej już powyżej techniki zapłodnienia metodą *in vitro* uruchomiło liczne nadzieje oraz wątpliwości związane z np. korzystaniem z materiałów pochodzących od obcych dawców, a także możliwością zastosowania dokładnej diagnostyki zarodka. W dalszym etapie rozwoju człowieka pojawia się wątek dotyczący przywołanego już tematu przerywania ciąży, który z jednej strony odnosi się do kluczowego dla medycyny pytania związanego z początkiem ludzkiego życia, z drugiej – do tematu autonomii pacjentki znajdującej się w tym z całą pewnością szczególnym czasie. Rozwój chirurgii ukazał możliwość zastosowania terapii wewnątrzmaciczej, której przeprowadzanie również stawia przed badaczami pytania dotyczące m.in. potencjalnych zagrożeń związanych z rozwojem płodu. Czas po narodzeniu człowieka to z kolei pytania i dyskusje związane np. ze stosowaniem szczepionek ochronnych. Ostatnie dekady ukazały nam istnienie licznych debat, w których do głosu ekspertów promujących podobny sposób zapobiegania chorobom dołączyli zagorzali przeciwnicy unormowań wprowadzających konkretny sanitarny nakaz. Bioetyka spotyka się z dyskusją prawno-człowieczą także na kanwie badań związanych z innowacyjnymi metodami terapii, zwłaszcza tymi o szczególnie kosztownym charakterze. Spotykamy w tym wątku nadal aktualne rozważania poświęcone bezpieczeństwu pacjentów biorących udział w eksperymentach leczniczych i badawczych. Ostatni z tematów silnie pojawia się w obszarze psychiatrii, która silnie rozwija się, korzystając z wiedzy biologicznej, m.in. genetycznej. W tym też kontekście natrafiamy na publikacje dotyczące bezpieczeństwa wykorzystania zdobyczy genetyki nie tylko w trakcie terapii pacjenta,

ale także w chwili, w której poszukujemy możliwości polepszenia wyników, jakie uzyskuje sportowiec w określonej dyscyplinie. Zagadnienia bioetyczne nieodzownie kierują nas w stronę końca ludzkiego życia, a więc tematu z jednej strony eutanazji, a z drugiej – uporczywej terapii. Pytania o gwarancje poszanowania praw i wolności człowieka ukazują nam się, jak się okazuje, nie tylko u jego kresu, ale także po jego zakończeniu. Rozwój nauk biomedycznych pozwala już nie tylko na potencjalne wykorzystanie organów pochodzących od osoby zmarłej (tutaj nadal obecny jest temat definicji śmierci człowieka, w tym śmierci ludzkiego mózgu). Mowa także o możliwym korzystaniu z np. rozrodczych komórek pochodzących od zmarłego dawcy w ramach procedury *in vitro*.

Jak wskazano powyżej, analiza etyczna rozwoju biomedycyny wymaga coraz częściej korzystania już nie tylko z interdyscyplinarnej wiedzy. Konieczne staje się podejście multidyscyplinarne, w którym obok lekarza i biologa głos zabierze filozof, psycholog lub prawnik. Do podobnych spotkań omawianych tutaj ekspertów dochodzi na dwóch poziomach.

Pierwszy posiada charakter opiniotwórczy i odnosi się do działania komisji etycznych, które na poziomie np. uczelni, organizacji lub też całego kraju wypowiadać się będą na temat zasadności, celowości, ale także bezpieczeństwa i godziwości zastosowania np. określonej techniki medycznej. Niejednokrotnie możliwość otrzymania finansowania określonych badań uzależniona jest właśnie od uzyskania pozytywnej opinii podobnego gremium (Szewczyk, 2013).

Eksperci reprezentujący różne dyscypliny wiedzy spotykają się również w innym momencie wykorzystania wiedzy bioetycznej. Mowa tutaj o szczególnie promowanym w USA podejściu określanym mianem etyki klinicznej. Tym samym spotykamy się z sytuacją, w której wiedza bioetyczna zostaje wykorzystana w sposób bezpośredni oraz praktyczny podczas kontaktu z pacjentem.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Bioetyka stanowi dzisiaj nieodzowny element towarzyszący rozwojowi naukowemu w obszarze biologii oraz medycyny. Współcześnie dyskusje dotyczące zasad oraz norm, jakie powinny obowiązywać w trakcie

podejmowania działań klinicznych, dotyczą nie tylko personelu lekarskiego lub pielęgniarskiego. Doskonale pokazuje to przypadek pandemii Covid-19. Okres ten stanowił przykład trudnego do porównania momentu dziejowego, w którym konieczne było wdrożenie konkretnych zasad mających na celu ochronę populacji przed rozwijającym się zakażeniem pierwotnie mało znanym wirusem. Z jednej strony pojawiały się pytania prawne i etyczne dotyczące możliwości np. ograniczania bliskim kontaktu z umierającymi członkami rodziny. Z drugiej rodziły się wątpliwości związane z wykorzystaniem powstających dynamicznie kolejnych szczepionek, mających stanowić remedium na globalny kryzys epidemiologiczny. Tym samym unaoczniła się nam sytuacja, w której dostrzec można konkretne wyzwania związane z np. etycznymi zasadami wykonywania zawodu przez lekarza. Jednocześnie jednak wystąpiły liczne dyskusje odnoszące się do bezpieczeństwa preparatów biologicznych oraz uprawnień władzy do nakazania jednostce działania w określony sposób. Wskazany tutaj przykład wyraźnie kieruje nas w stronę powiązania istniejącego między bioetyką oraz prawami człowieka.

Rozwój bioetyki jako swoistej „kontynuatorki" myśli lekarsko-etycznej w sposób nieuchronny związany jest z dyskusjami i pytaniami odnoszącymi się do ludzkich praw i wolności. Istnienie sporu w podobnych obszarach wydaje się nieuniknione. Mówimy bowiem o ludzkich wartościach, które np. uaktywniają się w chwili cierpienia lub też zagrożenia dla zdrowia lub życia jednostki. Rozwój biomedycyny spowodował pojawienie się licznych nadziei związanych z uleczeniem człowieka lub poprawą jego codziennego funkcjonowania. Jednocześnie jednak zrodziły się pytania dotyczące konsekwencji podobnego rozwoju. Sam dynamiczny postęp medycyny nie w pełni zmienił pozycję, jaką zajmuje człowiek w systemie ochrony zdrowia. Nadal mamy bowiem do czynienia ze swoistym podziałem na ekspertów medycznych oraz tych, którzy korzystają z ich wiedzy, a więc pacjentów. Jacek Sobczak w tym aspekcie zaznacza, że pacjent, z natury rzeczy, znajduje się wobec lekarza w sytuacji mało komfortowej, w której trudno mówić o partnerstwie czy chociażby tylko równowadze stron takiego stosunku. Wydaje się być w położeniu znacznie gorszym niż petent wobec urzędnika. Jest nie tyle podmiotem, ile przedmiotem działań lekarza, często w oczach znacznej grupy przedstawicieli świata medycznego nie jest nawet człowiekiem, tylko przypadkiem, który o tyle godny jest zainteresowania, o ile wart

jest obserwacji, poszerza wiedzę badającego, stosującego terapię czy operującego. Człowiek znajdujący się w niezbyt wygodnym położeniu pacjenta gotów jest wiele znieść i wycierpieć, byle tylko uzyskać ulgę, pozbyć się bólu, potwierdzić to, że jest zdrowy, a jego obawy i podejrzenia co do stanu zdrowia były bezpodstawne (Sobczak, 2009).

Ta nieco pesymistyczna diagnoza ukazuje jednak ważny prawno-człowieczy wątek dyskusji bioetycznych. Bez względu bowiem, czy mowa jest o rozwoju zarodka, urodzonego dziecka, osoby młodej lub umierającej, mamy na myśli istnienie swoistej dysproporcji dostrzeganej między pozycją zajmowaną przez medyka mającego coraz większą wiedzę oraz możliwości a pozycją pacjenta, który trafia do eksperta w sytuacji szczególnie dla niego trudnej. Watek ten kieruje nas w stronę refleksji dotyczącej godności człowieka. To właśnie ta perspektywa powinna mieć szczególne znaczenie w trakcie udzielania wsparcia osobie cierpiącej: na świadczeniodawcy jako na podmiocie zawodowo sprawującym opiekę zdrowotną powinny spoczywać obowiązki będące refleksem praw pacjenta i praw człowieka (Śliwka, 2010). Zagadnienia zdrowia i troski o prawa człowieka powinny być zatem ukazywane w trzech płaszczyznach: pierwsza dotyczy wpływu polityki ochrony zdrowia na prawa konkretnych ludzi. Mówimy tutaj o wpływie pozytywnym lub negatywnym. Druga płaszczyzna oparta jest na założeniu, że przypadki łamania praw człowieka mają wpływ na dziedzinę zdrowia. Najbardziej typowym przykładem w tej kwestii są ciężkie naruszenia praw człowieka, jak tortury czy przetrzymywanie więźniów w niehumanitarnych warunkach. Trzecia wreszcie płaszczyzna wiąże temat osobistych wolności oraz praw z doświadczeniem własnego zdrowia. Prawdziwy rozwój możliwy jest tylko wówczas, gdy to właśnie idea ochrony praw człowieka łączona będzie z troską o właściwy poziom zdrowia (Bujny, 2005).

Przedstawione tutaj powiązanie stanowi cenną propozycję wskazującą na koncepcję praw pacjenta jako na ten element, który stanowić może istotny wkład w ramach bioetycznych dyskusji odnoszących się również do idei praw człowieka. Jak kilkakrotnie wskazano, zarówno temat początku ludzkiego życia, jak i jego trwania oraz końca ściśle wiążą się z pojawieniem się w tych obszarach dyskusji, które przybierają niejednokrotnie postać silnych społecznych sporów. W tym też ujęciu pojawienie się uprawnień pacjenta posiadającego przyrodzoną i niezbywalną godność uznane może być za propozycję wspierającą

ekspertów dyskutujących nad rozwiązaniem konkretnego dylematu. Przykładem może być ważna dyskusja związana z początkiem ludzkiego życia, Spory w tej kwestii odnoszą się zarówno do przestrzeni bioetycznej (od kiedy pojawia się organizm), jak i prawno-człowieczej (czy we wczesnej fazie rozwoju posiadamy uprawnienia). Aspekt ten można ukazać jednak również w kontekście postaci pacjenta oraz pytania brzmiącego: Od kiedy eksperci medyczni mają do czynienia z pacjentem? W podobnym modelu np. dyskusje dotyczące zapłodnienia pozaustrojowego metody *in vitro*, diagnostyki prenatalnej czy też aborcji nabierają nieco innego charakteru. Pacjent, paradoksalnie bardziej niż byt, istota, a nawet dziecko lub człowiek, staje się obiektem konkretnych oddziaływań. Bioetyka w swej istocie jest właśnie tym obszarem wiedzy, w którym panuje przekonanie o konieczności troski o kogoś, kto doświadcza choroby, cierpienia itd. Perspektywa pacjenta staje się kluczowa również podczas dyskusji związanych z rozwojem innowacyjnych technik medycznych. To właśnie posiadająca godność osoba, czyli ktoś, kto w zaufaniu oddaje się pod profesjonalną opiekę eksperta, staje się realnym podmiotem zarówno działań klinicznych, jak i badawczych. W końcu postać pacjenta staje się kimś kluczowym w debacie dotyczącej końca ludzkiego życia. Pacjent jawi się jako konkretny ktoś, wobec kogo wszelkie działania powinny być realizowane w sposób jak najmniej dla niego uciążliwy, a jednocześnie w takiej formie, która minimalizować będzie jego cierpienie w chwilach zbliżającej się śmierci. Debaty związane z eutanazją i uporczywą terapią posiadają niezwykle silny bagaż emocjonalny, najczęściej powiązany z konkretnymi doświadczeniami określonych osób. Perspektywa medyczna winna tutaj opierać się na spersonalizowanym podejściu bioetycznym, które bazując na koncepcji ochrony praw człowieka, kieruje się w stronę godności pacjenta.

Bibliografia

Andrzejczuk, R. (2002). Ewolucja treści praw człowieka. *Studia z Prawa Wyznaniowego*, *4*, 119–241.

Białek, A., & Wróblewski, M. (2016). *Wybrane aspekty praw człowieka a bioetyka*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.

Biesaga, T. (2006). Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna. *Medycyna Praktyczna*, *7-8*, 20–25.

Bołoz, W. (2007). *Bioetyka i prawa człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
Bujny, J. (2006). *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
Jarosiński, D. (2008). Eksperymenty medyczne na ludziach w niemieckich nazistowskich obozach koncentracyjnych. *Studenckie Zeszyty Naukowe*, *17*, 20–27.
Jurczyk, T. (2009). Geneza rozwoju praw człowieka. *Homines Hominibus*, *1*(5), 29–43.
Krzyżewska, B. (2016). Kodeks Norymberski a autonomia jednostki. *Studia Ecologiae et Bioethicae*, *14*, 171–191.
Milczarski, R. (2013). Historia i współczesność praw człowieka. W: R. Milczarski i in (red.), *Historia praw człowieka* (s. 11–31). Warszawa: Ośrodek Karta.
Osiatyński, W. (2000). *Wprowadzenie do praw człowieka*. Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka. Pobrano z: https://hfhr.pl/upload/2022/01/wprowadzenie-do-poje-cia-praw-czlowieka.pdf.
Przyłuska-Fiszer, A. (2005). Etyka lekarska i cnota prawdomówności. *Diametros*, *4*, 143–146.
Piechowiak, M. (2009). *Prawa człowieka*. W: A. Maryniarczyk (red.), *Powszechna encyklopedia filozofii* (t. 10; s. 335–342). Lublin: Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu.
Szewczyk, K. (2013). Komisje etyczne i konsultanci etyczni. W: W. Chańska & J. Różańska (red.), *Bioetyka* (s. 545–558). Warszawa: Wolters Kluwer.
Śliwka, M. (2010). *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*. Toruń: Wydawnictwo Dom Organizatora.
Wróbel, J. (2012). Etyka lekarska, etyka medyczna i bioetyka próba metodologicznego rozróżnienia. *Roczniki Teologii Moralnej*, *4*, 169–193.

Paweł Łuków
Uniwersytet Warszawski
https://orcid.org/0000-0002-6873-6853
https://doi.org/10.35765/slowniki.554

Autonomia pacjenta

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Pojęcie autonomii dominujące w bioetyce odnosi się do wolności decyzji jednostki o poddaniu się interwencji medycznej.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Na autonomiczną decyzję osoby wydającej świadomą zgodę składają się: aprobata dla proponowanego postępowania i świadomość podejmowania decyzji, zrozumienie informacji uzyskanej od profesjonalisty medycznego i brak wpływów istotnie kontrolujących tę decyzję.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Pojęcie autonomii w kontekście etycznym wywodzi się z filozofii I. Kanta, gdzie oznacza samodzielność normatywną zasad postępowania. W bioetyce występują dwie główne koncepcje autonomii: autonomia osoby polegająca na dysponowaniu przez jednostkę przekonaniami o działaniu, które zostały poddane krytycznej refleksji, oraz autonomia działania skupiająca się na warunkach wydawania świadomej zgody na interwencję medyczną. Ta druga koncepcja stoi w centrum standardów bioetycznych.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Kluczowe aspekty autonomii w znaczeniu dominującym w bioetyce powiązane są ze zdolnością osoby udzielającej zgody do jej udzielenia. Faktyczna zdolność do wydania zgody w istotnym stopniu zależy od motywacji i umiejętności komunikacyjnych osoby odbierającej zgodę oraz od warunków, w jakich jest ona odbierana. Stąd użyteczne są alternatywne spojrzenia na autonomię w bioetyce: koncepcje odnoszące się do władztwa jednostki nad sobą, postrzegania świadomej zgody jako procedury

ustalania dobra wydającej zgodę osoby lub zaufania do pracowników ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: autonomia, świadoma zgoda, zdolność do wydania zgody, dobro pacjenta lub uczestnika badań

Definicja pojęcia

Idea autonomii stanowi jeden z centralnych elementów bioetyki. Można zaryzykować stwierdzenie, że odkrycie idei – choć niekoniecznie pojęcia – autonomii było równoznaczne z powstaniem dyskursu bioetycznego i bioetyki. Wraz z pojawieniem się w pluralistycznych społeczeństwach demokratycznych trudności z określeniem dobra pacjenta w konkretnym przypadku, a w związku z tym umacnianiem się etycznej i prawnej instytucji świadomej zgody, konieczne stało się wyjaśnienie dóbr lub interesów, dla których ochrony instytucja ta powstała. Bodaj pierwszą – i do dziś najczęściej udzielaną przez środowiska medyczne i kształtujące się bioetyczne – odpowiedzią było wskazanie na autonomię. Zgodnie z poglądem dominującym w bioetyce to ochronie autonomii i korzystaniu z niej służy uzyskiwanie świadomej – tj. opartej na informacji – zgody na interwencje medyczne takie jak diagnostyka, leczenie czy aktywności badawcze. Choć idea oraz etyczno-prawna instytucja świadomej zgody i poszanowania autonomii zajmują centralne miejsce nie tylko w kontekstach diagnostyczno-terapeutycznych, ale i np. naukowo-badawczych lub zapobiegawczych, uwagę skupimy na kontekstach diagnostyczno-leczniczych. Z tego względu osoba wydająca zgodę (czy korzystająca z opieki medycznej) będzie dalej określana jako pacjent, którym może być osoba zarówno zdrowa, jak i chora.

Pojęcie autonomii obecne w bioetyce ma znaczenie bliskie poglądom J.S. Milla, który jednak nie używał słowa „autonomia". Wierzył, że każdemu należy pozostawić wolność postępowania na podstawie własnego osądu, co stanowi warunek indywidualnego i społecznego dobrostanu (Mill, 1965). Ideami bliskimi współczesnemu rozumieniu autonomii w dyskursie bioetycznym są m.in. wolność indywidualna, samostanowienie jednostki, prawo jednostki do decydowania o sobie, wolność woli, integralność moralna, niezależność, krytyczna refleksja, znajomość własnych interesów i pochodne tych pojęć. Powiązane z powyższymi ideami są idee zdolności jednostki do decydowania o sobie, jej umiejętności określania własnego dobra czy określania swoich celów życiowych.

Autonomię i świadomą zgodę należy rozumieć w kontekście normatywnym, na który składają się prawa człowieka i godność ludzka. Precyzyjne zdanie sprawy z relacji między autonomią i świadomą zgodą

a prawami człowieka i godnością ludzką wykracza poza ramy niniejszego opracowania. Mimo to należy wskazać, że godność i wypływające z niej normy, które mają zastosowanie do decyzji i działań jednostek, uzupełniają i równoważą uprawnienia wywodzone z praw człowieka, a tym samym wyznaczają granice tego, na co można wydać świadomą zgodę. Chociaż z punktu widzenia poszanowania praw człowieka każdemu wolno podejmować swobodne decyzje dotyczące jego samego, o ile nie powodują one krzywd lub nie naruszają praw innych osób, to granicą tej swobody jest poszanowanie godności nie tylko innych osób, ale także samego działającego. Poszanowanie ludzkiej godności stanowi kontekst dla korzystania z praw indywidualnych (Łuków, 2018).

Analiza historyczna pojęcia

Filozoficznych korzeni idei autonomii najczęściej upatruje się u I. Kanta i J.S. Milla. Często wskazuje się też na grecki źródłosłów *autonomos*. W starożytności autonomiczności nie orzekano w odniesieniu do osób, ale miast-państw. Za autonomiczne uważano miasta-państwa, które rządziły się swoim prawem, tj. prawem nienarzuconym przez inne miasto-państwo bądź przez tyrana. Autonomiczne były więc te miasta-państwa, które miały własne prawo, tj. były samorządne. Sporadycznie o autonomii wspominano w literaturze rzymskiej, a pomijano ją w średniowiecznej. W niemieckiej myśli prawnej XVI w. autonomię odnoszono do wolności myśli i wyznania, a np. w XVIII w. oznaczała ona przynależny lokalnemu władcy przywilej ustanawiania religii państwowej. Około XVII w. idea samorządności pojawiła się np. w teorii prawa naturalnego H. Grocjusza, a później między innymi u J.-J. Rousseau i Ch. Wolffa.

Ani więc w starożytności, ani w średniowieczu lub renesansie autonomia nie odnosiła się do jednostek. Filozofem, który wprowadził pojęcie autonomii na grunt filozofii i powiązał je z podmiotem działającym – choć należy pamiętać, że powiązanie to było zapośredniczone – był I. Kant. Od królewieckiego filozofa zaczyna się filozoficzna kariera autonomii (Schneewind, 1997).

U Kanta autonomia to pierwotnie własność zasad postępowania (Kant, 1953). O postępowaniu, podmiocie działającym lub jego woli

można zgodnie z Kantowskim ujęciem mówić, że są autonomiczne w sposób pochodny: o ile jest to postępowanie dokonane na podstawie autonomicznej zasady, o ile podmiot kieruje się w swoim postępowaniu autonomicznymi zasadami bądź o ile postanowienia działającego są porządkowane zgodnie z wymogami autonomicznych zasad. Zasady postępowania są zaś zdaniem Kanta autonomiczne wtedy, gdy swoją moc zobowiązującą (zawartą w nich powinność; normatywność) czerpią z samych siebie, tj. z przysługujących im własności. Takie zasady nie zobowiązują dlatego, że np. służą realizacji pragnień osoby działającej, są wypełnieniem rozkazu (nadprzyrodzonego lub politycznego) normodawcy, pozwalają osiągać cele skądinąd uznawane za właściwe itd. Nie są to więc zasady zobowiązujące hipotetycznie, czyli warunkowo: o ile postępowanie na ich podstawie pozwala zaspokoić pragnienie działającego, chroni przed sankcją normodawcy czy pozwala osiągać właściwe cele.

Autonomiczne zasady postępowania zobowiązują kategorycznie, a więc bez względu na pragnienia, żądania czy cele tego, kto znajdzie się w sytuacji, do której mają zastosowanie, bądź innych osób. Są to więc zasady, które mogą być chciane jako porządkujące postępowanie każdego, kto znajdzie się w danej sytuacji. Są one same przez się prawem: *auto-* (samo-) odnosi się tu do *nomos* (prawa). Autonomiczność zasad i woli postępującej według nich jednostki dotyczy z o b o w i ą z y w a n i a zasad, a więc tego, że zawarta w nich powinność nie jest pochodną faktu, że określona jednostka ma właśnie taki, a nie inny zestaw pragnień, celów itp. oraz że znalazła się w okolicznościach odpowiednich do zaspokojenia tych pragnień lub osiągania tych celów. Zasady autonomiczne zobowiązują kategorycznie, czyli same przez się.

Nie znaczy to, że treść zasad – zarówno tylko rozważanych przez działającego, jak i tych zobowiązujących go kategorycznie (tj. autonomicznych) – nie zależy od podmiotu działającego (od jego celów, zamierzeń, pragnień itp.) lub od okoliczności, w których rozpatrywane jest rozważane działanie. To, jakie działanie oraz względy przemawiające za nim lub przeciw niemu rozważa osoba działająca, zależy od kontekstu, na który składają się jej pragnienia, plany i nastawienia, a także okoliczności, w jakich się znajduje. Działanie zawsze odbywa się w konkretnym tu i teraz, a opisująca je propozycja działania nazywa się u Kanta maksymą. Zasady zobowiązują kategorycznie nie po prostu ze względu

na ich treść, ale ze względu na taką ich strukturę czy zależności między ich elementami, że mogą one być chciane przez każdego, kto znajdzie się w okolicznościach wskazanych w tych zasadach.

Identyfikacji zasad, których struktura implikuje zobowiązanie kategoryczne, służy w etyce Kanta sprawdzian imperatywu kategorycznego, w którym – w jednej z jego wersji – należy ustalić, czy mogą one być chciane przez każdego, kto znajdzie się w okolicznościach wskazanych w rozpatrywanym planie postępowania: „Postępuj tylko według takiej maksymy, dzięki której możesz zarazem chcieć, żeby stała się powszechnym prawem". Oznacza to, że gdy wyobrażenie sobie danej maksymy jako powszechnie obowiązującej wymaga podejmowania wzajemnie wykluczających się działań lub posiadania wzajemnie wykluczających się pragnień, to postępowanie w ten sposób jest zabronione, a nakazane jest postępowanie mu przeciwne.

Kantowskie rozumienie autonomii – choć z pewnością może mieć istotną doniosłość na gruncie bioetyki – nie jest tym, które znalazło się w centrum kluczowych idei bioetycznego dyskursu. Ma ono charakter metaetyczny, podczas gdy obecne w bioetyce pojęcie autonomii ma charakter etyczny, tj. stanowi dyrektywę postępowania lub podstawę dla takich dyrektyw w specyficznym kontekście, jakim jest udzielanie świadomej zgody na leczenie lub inne działania pracowników medycznych. Niewątpliwie jednak Kantowska autonomia ma ogromną wartość w badaniach z zakresu bioetyki, ponieważ może być podstawą teoretycznych rozstrzygnięć dotyczących uzasadnień standardów bioetycznych, w tym centralnego standardu uzyskiwania świadomej zgody pacjenta na leczenie.

Ujęcie problemowe pojęcia

Zanim idea autonomii na dobre zdobyła miejsce w dyskursie bioetycznym w znanym dzisiaj znaczeniu autonomii działania, na gruncie bioetyki i filozofii moralności powstała k o n c e p c j a a u t o n o m i i o s o b y. Przedstawiło ją dwóch filozofów niezależnie od siebie w latach osiemdziesiątych XX w. G. Dworkin zaproponował koncepcję autonomicznej osoby w dyskusji nad paternalizmem, głównie w kontekstach biomedycznych (Dworkin, 1988). H. Frankfurt przedstawił analogiczną

koncepcję autonomii w badaniach nad pojęciem osoby jako podmiotu działań i przypisywania odpowiedzialności za nie (Frankfurt, 1997). Ponieważ Dworkin uznał, że opracowanie Frankfurta jest lepsze niż jego, poniżej zostanie przedstawiona koncepcja osoby jako istoty autonomicznej w wersji zaproponowanej przez tego drugiego filozofa.

Frankfurt twierdzi, że osoby mają nie tylko pragnienia (lub awersje) pierwszego rzędu dotyczące działań i stanów rzeczy, ale także pragnienia (lub awersje) drugiego rzędu (i kolejnych), których przedmiotem są pragnienia (lub awersje) pierwszego rzędu. O ile zatem nieosoba taka jak np. większość – jak się powszechnie uważa – zwierząt innych niż ludzie może pragnąć np. zjedzenia leżącego przed nią jabłka, o tyle osoba – jak większość ludzi – może nie tylko mieć pragnienie zjedzenia jabłka, ale również ustosunkowywać się do tego pragnienia poprzez jego aprobatę lub dezaprobatę. Osoba może np. pragnąć zjeść jabłko, a równocześnie woli nie mieć tego pragnienia z powodu obawy, że po jego zjedzeniu dostanie mrowienia zębów; i odwrotnie, osoba może aprobować pragnienie zjedzenia jabłka, przekonana o jego walorach odżywczych. Osoby są więc istotami, które nie tylko zajmują postawy wobec różnych stanów rzeczy lub działań własnych lub innych istot, ale też wobec własnych postaw.

Powyższe stanowisko ma trzy kluczowe konsekwencje. Po pierwsze, kształtowanie pragnień odbywa się według niego na podstawie wiedzy o tym, co jest przedmiotem oglądu lub namysłu. Osoby to zatem istoty zdolne do zdobywania wiedzy i orientacji w swoim otoczeniu. Po drugie, osoba może mieć więcej niż dwa rzędy pragnień. Teoretycznie możliwych jest nieskończenie wiele rzędów pragnień, lecz zdaniem Frankfurta, ludzkie zdolności mentalne nie pozwalają na więcej niż dwa lub trzy rzędy pragnień. Na określonym etapie namysłu i przy określonym (zapewne trzecim lub czwartym) rzędzie pragnień ludzie zaprzestają namysłu, ponieważ zdają sobie sprawę, że kolejne tury namysłu nie przyniosą niczego nowego, tj. nie pozwolą odkryć posiadania pragnienia innego niż to przewidywane. Po trzecie, posiadanie pragnień różnych rzędów nie implikuje, że osoby zawsze postępują zgodnie ze swoimi pragnieniami, które aprobują. Może się zdarzyć, że ktoś dezaprobuje swoje pragnienie pierwszego rzędu, a mimo to postąpi niezgodnie ze swoją opinią. W takich wypadkach mamy do czynienia np. z ulegnięciem pokusie lub aktem słabej woli.

Powyższa koncepcja autonomii osoby jest jasną egzemplifikacją rozpowszechnionego ideału osobowego kultury zachodniej, zgodnie z którym wartość ludzkich wyborów polega przede wszystkim, lub w istotnym stopniu, na tym, że są to decyzje oparte na wiedzy i przemyślane w taki sposób, że osoba działająca zna i rozumie racje, które stoją za jej decyzjami i zachowaniami. Tak rozumiane autonomiczne działania – tj. działania będące emanacją autonomiczności jednostki – stoją w opozycji do działań odruchowych, nieprzemyślanych lub dokonywanych pod przymusem.

W istotnym stopniu autonomia osoby odnosi się też do dobrze utrwalonego ideału myślącej jednostki zdolnej i gotowej do kierowania swoim życiem, który znalazł wyraz już u początków filozoficznej tradycji zachodu w słowach przypisywanych Sokratesowi, wedle których nieprzemyślane życie nie jest warte przeżycia.

Z punktu widzenia bioetyki, której rysem szczególnym jest dążenie do wypracowania standardów i pojęć dających się przełożyć na praktykę, zasadniczym problemem koncepcji autonomii osoby jest ograniczona użyteczność w praktyce, np. w praktyce klinicznej. Stając się np. pacjentami, autonomiczne osoby mogą – ze względu m.in. na przebieg choroby, stres, ograniczenie posiadanej wiedzy lub czasu – podejmować decyzje, które trudno uznać za dobrze przemyślane. Osoby autonomiczne mogą zatem podejmować nieautonomiczne decyzje lub działania. W takim zaś wypadku pojawiają się zasadnicze wątpliwości odnośnie do możliwości realizowania głównych celów etycznej i prawnej instytucji świadomej zgody. Jeżeli bowiem dzięki świadomej zgodzie pacjenta, której elementem konstytutywnym jest autonomiczność decyzji, profesjonaliści medyczni zostają uprawnieni przez tegoż pacjenta do podejmowania na jego rzecz określonych działań, to brak pewności, że autonomiczna osoba wydała autonomiczną zgodę rodzi wątpliwości co do realizowania celu tej instytucji we wszystkich wypadkach. Choć więc koncepcja autonomii osoby może służyć jako punkt odniesienia w niektórych ocenach autonomii jednostek, to w kontekście instytucji świadomej zgody niezbędne jest bardziej pragmatycznie zorientowane rozumienie autonomii.

Odpowiedzią na tę i podobne trudności jest k o n c e p c j a a u t o n o m i i d z i a ł a n i a, która ma wiązać decyzje i działania z jednostką, a w kontekście udzielania świadomej zgody na leczenie uwzględniać szczególne i często niepowtarzalne okoliczności związane

z niepowtarzalnością jednostek i doświadczeniem chorowania. Jej istotą nie jest dostarczenie filozoficznej koncepcji normatywnego statusu zasad czy planów postępowania (jak w autonomii Kantowskiej) ani też rysowanie ideału podmiotu podejmującego decyzje (jak w autonomii osoby), lecz dostarczenie dyrektyw dotyczących procesu decyzyjnego w określonego rodzaju kontekstach.

Stanowisko spełniające powyższe oczekiwania opracowali R. Faden i T. Beauchamp w latach osiemdziesiątych XX w. (Faden i in., 1986, rozdz. 7), uzupełniając koncepcję czterech zasad zaproponowaną przez T. Beauchampa i T. Childressa w najsławniejszym podręczniku do bioetyki pt. *Principles of Biomedical Ethics* z 1979 r. (Beauchamp & Childress, 1996). W podręczniku tym autorzy proponują podejmowanie decyzji w medycynie na podstawie zasad: nieszkodzenia (*nonmaleficence*), przysparzania korzyści (*beneficence*), poszanowania autonomii i sprawiedliwości (*justice*). Ujęcie to wywodzi się z Raportu z Belmont pt. *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, w którym powołana w 1974 r. amerykańska National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978) sformułowała trzy kluczowe zasady etyczne prowadzenia badań naukowych z udziałem człowieka: szacunek dla osób (*respect for persons*), przysparzanie korzyści (*beneficence*) i sprawiedliwość (*justice*). Zaproponowana przez Beauchampa i Childressa zasada poszanowania autonomii jest odpowiednikiem zasady szacunku dla osób z Raportu z Belmont.

Ponieważ koncepcja autonomii działania została zaprojektowana jako narzędzie, które ma być użyteczne w praktyce biomedycyny, bierze ona pod uwagę zarówno kontekst, jakim jest uzyskiwanie zgody pacjenta na postępowanie diagnostyczne lub terapeutyczne, jak i specyfikę sytuacji, w jakiej znajduje się pacjent, a więc osoba, która na ogół jest laikiem w kwestiach medycznych lub znajduje się w trudnej sytuacji życiowej. Z tej perspektywy na plan pierwszy wysuwa się pytanie nie o to, czy pacjent jest osobą autonomiczną – chociaż należy pamiętać, że warunkiem uzyskiwania zgody od pacjenta jest jego lub jej faktyczna i prawna zdolność do wydania zgody (tzw. kompetencja decyzyjna; patrz niżej) – ale o to, czy konkretna decyzja podjęta przez pacjenta w odpowiedzi na pytanie o to, czy zgadza się na proponowane mu postępowanie

medyczne, jest decyzją, którą można uznać za wiążącą i uprawniającą lekarza i inny personel medyczny do stosownego działania.

Takie podejście do autonomii ma fundamentalne znaczenie w kontekście etycznej i prawnej instytucji świadomej zgody (*informed consent*) tj. zgody opartej na informacji o planowanym postępowaniu medycznym. Istotą tej instytucji jest bowiem to, że nie jest ona jedynie okazją dla pacjenta do wyrażenia swojego zdania, ale że udzielenie zgody na interwencję medyczną przez pacjenta ma moc u p o w a ż n i e n i a lekarza do działania, co z punktu widzenia prawa oznacza, że działanie lekarza staje się l e g a l n e. Z wyjątkiem sytuacji nagłych i zagrażających życiu dążenie lekarza do przysporzenia pacjentowi korzyści oraz poświadczone prawem wykonywania zawodu kompetencje nie wystarczą do tego, aby jego postępowanie było uprawnione. Tym, co sprawia, że lekarz ma upoważnienie do działania w imię dobra pacjenta, podejmując działania zgodne z aktualną wiedzą medyczną, jest zgoda pacjenta na leczenie.

Właśnie z tego powodu tak ważne jest wyjaśnienie, dlaczego świadoma zgoda ma ową niemal magiczną moc uprawomocniania interwencji lekarza (Hurd, 1996). W głównym nurcie bioetyki tym wyjaśnieniem jest autonomia pacjenta. Zgodnie z tym stanowiskiem świadoma zgoda to wyraz autonomii jednostki, który jest formą jej stanowienia o sobie. Jasność zatem co do tego, czym jest autonomiczna decyzja, w której objawia się sprawczość jednostki, ma fundamentalne znaczenie dla docenienia instytucji świadomej zgody.

Zgodnie ze stanowiskiem Faden i Beauchampa rozważania dotyczące autonomii należy skoncentrować na działaniu, które w tym kontekście jest rozumiane bardzo szeroko i obejmuje zarówno wykonywanie rozmaitych aktywności lub poddawanie się interwencjom innych osób, jak i podejmowanie decyzji o tych działaniach lub poddaniu się interwencjom. Ponieważ za punkt wyjścia do działania lub poddania się danej interwencji medycznej uznaje się w kontekście medycyny decyzję, omawiana koncepcja skupia się na dostarczeniu odpowiedzi na pytanie o to, kiedy decyzja jest autonomiczna, a więc będąca przejawem stanowienia jednostki o sobie, a przez to upoważniająca profesjonalistę medycznego do działania na rzecz tej jednostki.

Według stanowiska autonomii działania decyzja jest autonomiczna wtedy, gdy spełnia r ó w n o c z e ś n i e trzy warunki: intencjonalności, zrozumienia i wolności od wpływów istotnie kontrolujących.

Warunek intencjonalności ma dwa główne aspekty. Pierwszy z nich oznacza, że to, co jest przedmiotem decyzji, jest chciane. Niekoniecznie chciane entuzjastycznie. Najczęściej w kontekstach medycznych pacjenci zgadzają się na proponowane im interwencje dlatego, że są przekonani, że bez nich nie będą mogli uwolnić się od cierpienia bądź realizować swoich celów i ambicji, a uciążliwości związane z interwencjami medycznymi są nieuniknione. Często godzą się zatem na to, co jest im proponowane, dlatego że z punktu widzenia ich wyobrażeń o własnym krótko- lub długoterminowym dobru nie mają lepszych opcji. To, co jest przedmiotem zgody pacjenta, jest zatem chciane przez niego w tym sensie, że jest przez niego aprobowane czy akceptowane, biorąc pod uwagę całokształt jego celów, możliwości i sytuacji życiowej.

Część z elementów, które są przez pacjenta chciane we wskazanym wyżej sensie, jest chciana jako środki do celów. Tak jest np. w przypadku decyzji o poddaniu się zabiegowi chirurgicznemu w celu odzyskania sprawności fizycznej. Inne z elementów chcianych przez osobę wydającą zgodę na interwencję medyczną są zaś jedynie tolerowane jako nieuniknione okoliczności towarzyszące czy „skutki uboczne" tej interwencji. Tak na ogół jest w przypadku blizny pooperacyjnej, która nie jest ani celem, ani środkiem do celu, a tylko niedającym się uniknąć efektem ubocznym zabiegu operacyjnego.

Drugi aspekt intencjonalności odnosi się do tego, że wydając zgodę na interwencję medyczną, pacjent wie, że wydaje zgodę. Oznacza to, że pacjent rozumie, iż jego wypowiedzi i zachowania nie są jedynie wyrazem jego postaw, wiedzy lub przekonań, ale swego rodzaju instrukcjami dla profesjonalisty medycznego, wpływającymi na to, jaka będzie tego pacjenta przyszłość. Innymi słowy, pacjent wie, że zgadzając się na określoną interwencję medyczną, kształtuje swoją przyszłość, a więc że ma na nią wpływ.

Z powyższych względów intencjonalność, która składa się na autonomiczną decyzję, jest rozumiana jako niestopniowalna. Chociaż ta jej cecha wydaje się pozostawać w konflikcie z doświadczeniem potocznym – wedle którego można czegoś chcieć mniej lub bardziej – to w stanowisku autonomii działania przyjmuje się, że ma ona charakter zero-jedynkowy: albo pacjent akceptuje któreś z proponowanych mu postępowań medycznych, albo nie akceptuje żadnego z nich. Takie potraktowanie warunku intencjonalności jest podyktowane pragmatyką

i wspomnianą wyżej potrzebą uzyskania przez lekarza jednoznacznego upoważnienia do podjęcia proponowanego postępowania o określonym przebiegu. Niejasność co do tego, czy – niezależnie od rozmaitych zastrzeżeń i trudności z podjęciem decyzji – pacjent jest gotów poddać się którejś z proponowanych mu interwencji implikuje brak upoważnienia lekarza do podjęcia jasno zdefiniowanych działań.

Powyższe rozumienie intencjonalności w oczywisty sposób wiąże się z wiedzą o tym, czego pacjent może oczekiwać w przyszłości. W kontekście udzielania świadomej zgody na leczenie wiedza ta dotyczy m.in. natury problemu medycznego, dostępnych alternatyw terapeutycznych, szans sukcesu leczenia i prawdopodobieństw niepowodzenia, jak również uciążliwości i czasu trwania procesu diagnostyki, leczenia i rekonwalescencji. Z oczywistych powodów głównym źródłem tej wiedzy w kontekście diagnostyczno-terapeutycznym jest profesjonalista medyczny opiekujący się pacjentem i odbierający zgodę na postępowanie medyczne.

Drugim kluczowym warunkiem autonomiczności decyzji – która ma się stać podstawą decyzji pacjenta o poddaniu się proponowanej mu interwencji medycznej lub rezygnacji z niej – jest z r o z u m i e n i e przez pacjenta uzyskanej informacji w wystarczającym stopniu. Określenie „świadoma" odnosi się tu do znajomości i zrozumienia informacji. Zrozumienie to jest stopniowalne i wystarczy, że pacjent ma niezbędny poziom tego zrozumienia. Nie jest konieczne, aby jego zrozumienie informacji medycznej było bliskie temu, które ma profesjonalista medyczny. I nie ma powodów, by sądzić, że na ogół osiąga ono poziom równy profesjonalnemu.

Określenie, na czym polega zrozumienie posiadanej informacji, nastręcza trudności, lecz da się je opisać w sposób wystarczający w kontekście świadomej zgody. Zapewne można przyjąć, że wymaga znajomości np. relacji między różnymi elementami posiadanej wiedzy (jak odróżnienie skutków oczekiwanych od niepożądanych czy skutków planowanych od efektów ubocznych), co w istotnym stopniu będzie zależało od np. wykształcenia pacjenta, a także – co niezwykle ważne – od umiejętności komunikacyjnych lekarza udzielającego informacji. Innym aspektem zrozumienia jest wyobrażenie sobie samego siebie w sytuacji, w której pacjent się znajdzie w wyniku podjętej decyzji, poprzez odwołanie się do analogicznego doświadczenia z przeszłości. Doświadczenia takie mają wymiar nie tylko poznawczy, ale i emocjonalny, co każe

uznać, że na zrozumienie uzyskanej wiedzy składa się również ustosunkowanie się pacjenta do przewidywanych następstw jego decyzji. Dla niektórych pacjentów zadanie to może to być trudne np. z powodu ograniczonego doświadczenia życiowego w wypadku osób stosunkowo młodych lub braku analogicznych doświadczeń w wypadku osób dotąd cieszących się dobrym zdrowiem. Jeszcze innym aspektem zrozumienia może być umieszczenie uzyskanej informacji w kontekście pozostałej wiedzy i specyficznych doświadczeń lub wrażliwości pacjenta, co wskazuje, że zrozumienie może mieć istotne znamiona niepowtarzalności, a przez to z trudem poddawać się weryfikacji w praktyce klinicznej.

Powyższe (tylko wybrane i nieliczne) elementy zrozumienia przez pacjenta informacji uzyskiwanej od lekarza sugerują, że zrozumienie jest wieloaspektowe, kontekstowe i zależne od indywidualnych cech pacjenta. Ujawniają one przy tym i to, że stopień zrozumienia informacji przez pacjenta może w znacznym stopniu zależeć od kompetencji komunikacyjnych lekarza oraz od jego chęci wykorzystania tych kompetencji. W zależności od swych intencji lekarz może zarówno oświecić, jak i „oślepić" pacjenta informacją. Zrozumienie informacji przez pacjenta należy zatem widzieć jako pochodną komunikacyjnej interakcji między pracownikiem medycznym i niepowtarzalnym pacjentem w szczególnej sytuacji życiowej. W konsekwencji stopień autonomiczności decyzji pacjenta zależy od jakości komunikacji lekarza z pacjentem.

Proces komunikacyjny nie odbywa się jednak wyłącznie na płaszczyźnie werbalnej. W istotnym stopniu na jakość komunikacji wpływają warunki, w których odbywa się uzyskiwanie świadomej zgody oraz zachowania i wypowiedzi obydwu stron relacji lekarz – pacjent. I jedne, i drugie mogą wpływać na to, w jakim stopniu pacjent wyraża w swojej zgodzie lub odmowie własne autentyczne przekonania i wybory, a w jakim działa pod dającym się wyeliminować przymusem lub presją. Trzecim warunkiem autonomiczności decyzji pacjenta w ujęciu Faden i Beauchampa jest zatem wolność od wpływów (istotnie) kontrolujących, które można opisać jako okoliczności rozmyślnie zaaranżowane po to, aby zmaksymalizować szanse na to, że decyzja pacjenta będzie taka, jakiej oczekuje osoba, która okoliczności te zaaranżowała.

W powyższej charakterystyce wpływów istotnie kontrolujących zwracają uwagę ich trzy własności.

Po pierwsze, na decyzje i zachowania ludzi wpływa wiele czynników, z których jedne można uznać za pozytywne, a inne za negatywne. W kontekście autonomii działania tylko te ostatnie należy uznać za kontrolujące, tj. ograniczające możliwość podjęcia przez pacjenta decyzji zgodnej z jego wartościami i szczerym przekonaniem. Poszerzanie wiedzy pacjenta w przyjaznych dla niego warunkach może zaś wpływać pozytywnie na jego poziom zrozumienia i przez to – na autonomiczność jego decyzji. Takie wpływy nie są w omawianej koncepcji uznawane za kontrolujące. Problematyczne pozostaje wpływanie na pacjentów, którego celem jest umożliwienie pacjentowi skorzystania z najlepszej dostępnej opieki zgodnie z opinią lekarza. Taka perswazja może budzić zastrzeżenia, ponieważ jej celem jest zmiana stanowiska pacjenta; można jednak jej bronić ze względu na to, że jej celem jest poprawa (w opinii profesjonalisty medycznego) namysłu pacjenta. Być może rozwiązaniem tej trudności jest zdefiniowanie przekonywania jako takiego wpływania na stanowisko pacjenta, które pozostaje w zgodzie z jego wartościami.

Po drugie, za wpływy kontrolujące uznaje się w omawianej koncepcji tylko te, które zostały zaaranżowane w celu wywarcia wpływu na proces decyzyjny pacjenta. Wiele czynników może negatywnie wpływać na ten proces, ale nie zostały zorganizowane po to, aby wpłynąć na kształt decyzji pacjenta, lecz są niezależne od woli lub działań relacji pacjent – lekarz. Na przykład presja czasowa może być zaaranżowana przez lekarza, który dąży do tego, aby pacjent podjął oczekiwaną przez niego decyzję, ale może też być czynnikiem niezależnym zarówno od lekarza, jak i od pacjenta, ponieważ wynika z pilności interwencji lub problemów organizacyjnych w placówce ochrony zdrowia. Podobnie jak w wypadku zrozumienia, o tym, co stanowi nacisk kontrolujący, mogą decydować indywidualne uwarunkowania pacjenta oraz wrażliwość i umiejętności lekarza. To, co dla jednego pacjenta może być nieistotne (np. działanie pod presją czasu), dla innego może być barierą nie do pokonania na drodze do podjęcia przemyślanej decyzji. Tym samym koncepcja autonomii działania wymaga od lekarzy uzyskujących świadomą zgodę wrażliwości na indywidualność i niepowtarzalność pacjentów oraz ich wartości, preferencji i planów życiowych, tak aby ewentualne wpływy nie osiągnęły stopnia, przy którym można je uznać za istotnie kontrolujące.

Po trzecie, w realiach opieki zdrowotnej właściwie nie zdarza się, aby pacjenci byli wolni od wszelkich wpływów kontrolujących. Stąd w koncepcji

autonomii działania bierze się pod uwagę wpływy istotnie kontrolujące, tj. takie, których negatywny wpływ na pacjenta w znacznym stopniu powoduje negatywną zmianę w ostatecznej opinii pacjenta. Naturalnie nie sposób podać ścisłych kryteriów istotności wpływu kontrolującego, a ocena w tym zakresie musi być dokonywana w zindywidualizowany sposób w odniesieniu do wartości, preferencji i planów życiowych danego pacjenta.

Z uwagi na powyższe własności wpływów istotnie kontrolujących decyzję pacjenta udzielającego świadomej zgody warunek braku takich wpływów rozumie się jako stopniowalny. W konsekwencji, aby konkretną decyzję pacjenta można było uznać za autonomiczną, należy ustalić, że nie tylko jest ona intencjonalna i oparta na wystarczającym zrozumieniu udzielonej informacji, ale też że jest wolna od wpływów istotnie kontrolujących. Taką decyzję pacjenta można uznać za wystarczająco autonomiczną, aby mogła stanowić podstawę upoważniającą pracownika medycznego do podjęcia działań uzasadnionych wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej w odniesieniu do danego pacjenta.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Koncepcja autonomii działania uwzględnia realia świadczenia opieki zdrowotnej. Aby zgoda pacjenta była wiążąca, nie jest konieczne, aby spełniał szczególne wymagania dotyczące struktury jego podmiotowości, był osobą o określonym rysie charakteru, lub realizował ideał moralny. Konieczne jest jednak, aby zgodę wydawała osoba zdolna do jej wydania. Zdolność do wydania zgody, zwana też kompetencją (Faden i in., 1986, rozdz. 8), ma dwa wymiary: prawny i faktyczny.

Prawna zdolność do wydania zgody oznacza spełnienie określonych w prawie warunków takich jak np. ukończenie 18. roku życia i brak ubezwłasnowolnienia. W oczywisty sposób to, czy dany pacjent jest prawnie zdolny do wydania zgody, zależy od prawa obowiązującego w danym miejscu i czasie, a ustalenie tej zdolności w konkretnym przypadku co do zasady nie powinno nastręczać istotnych trudności, o ile znane są odpowiednie fakty (np. wiek osoby, jej sytuacja prawna itp.).

Faktyczna zdolność do wydania zgody odnosi się do wiedzy i umiejętności konkretnej osoby znajdującej się w określonej sytuacji, które

razem sprawiają, że można wierzyć, iż opinia tej osoby w konkretnej sprawie jest wystarczająco dobrze przemyślana i można na jej podstawie wnosić o powinnościach lub uprawnieniach stron. Na kompetencję tę składają się m.in. zdolność do przyswojenia i rozumienia informacji danego rodzaju będąca pochodną np. wykształcenia, umiejętność oceniania względnych korzyści, uciążliwości lub strat związanych z rozważanymi alternatywami medycznymi, umiejętność szacowania względnego ryzyka tych alternatyw, zdolność i umiejętność komunikowania swoich oczekiwań, obaw, decyzji itp., gotowość do brania odpowiedzialności za podjęte decyzje i wiele innych czynników. Stopień, w jakim te elementy są niezbędne, a także wymagane proporcje między nimi, aby daną decyzję uznać za wystarczająco dobrze przemyślaną, będą zależały od specyfiki sytuacji i natury problemu, z jakim mierzy się osoba wydająca zgodę. Niektóre decyzje mogą wymagać zaawansowanych umiejętności i obszernej wiedzy, inne mogą być pod tymi względami mniej wymagające. Jedne decyzje mogą wiązać się z silnymi emocjami i wymagać odpowiednich kompetencji, inne mogą mieć charakter techniczny i w niewielkim stopniu angażować emocjonalnie. To wszystko oznacza, że faktyczną zdolność do wydania zgody należy oceniać z punktu widzenia określonej decyzji, przed którą stoi dany pacjent w określonych okolicznościach.

Faktyczna zdolność do wydania zgody ma wiele elementów wspólnych z omówioną wyżej autonomią osoby, z tym że ma bardziej lokalny charakter. Po pierwsze, charakteryzuje ją zmienność w czasie. Pacjent, który jest wystarczająco zdolny do zajęcia stanowiska w jednej chwili, może nie być zdolny do zajęcia stanowiska w tej samej sprawie w innej chwili. Po drugie, zdolność do wydania zgody może być wybiórcza, tj. zdolność do wyrobienia sobie opinii w jednej sprawie nie implikuje porównywalnej zdolności do zajęcia stanowiska w innej sprawie. I po trzecie, zdolność ta może być asymetryczna przez to, że pacjent, który jest wystarczająco zdolny do zaakceptowania określonego postępowania leczniczego lub diagnostycznego, może nie być wystarczająco zdolny do wydania wiarygodnego sprzeciwu w tej samej sprawie. Jest oczywiste, że powyższe aspekty zdolności do wydania zgody mogą się łączyć w złożone układy zależności. Należy też zwrócić uwagę na to, że – jak można było zauważyć w omówieniu warunku autonomii działania, jakim jest zrozumienie informacji, oraz warunku braku wpływów

istotnie kontrolujących – faktyczna zdolność do wydania zgody w istotnym stopniu zależeć może od umiejętności i motywacji osoby odbierającej zgodę.

Faktyczna i prawna zdolność do wydania zgody mogą nie iść ze sobą w parze. Osoba zdolna do wyrobienia sobie miarodajnej opinii o proponowanym jej postępowaniu medycznym może nie spełniać kryteriów prawnych (np. osoba bliska pełnoletniości może być dojrzała w stopniu pozwalającym na uznanie jej opinii za wystarczająco dobrze przemyślaną), a także osoba spełniająca kryteria prawne może (np. w wyniku choroby) nie być w stanie wyrobić sobie wystarczająco dobrze przemyślanej opinii, która mogłaby być wyrażona w zgodzie na leczenie lub w odmowie leczenia.

Obok powyższego ujęcia autonomii jako autonomii działania obecne są w bioetyce również alternatywne koncepcje autonomii, które – nie mając konsekwencji praktycznych istotnie innych od konsekwencji podejścia dominującego – pojmują autonomię w kontekście innego rozumienia roli świadomej zgody, co pozwala docenić rolę kontekstu korzystania z autonomii. Z jednej strony są to koncepcje, w których świadomą zgodę widzi się jako realizację prawa jednostki do decydowania o swoim ciele, które jest pojmowane jako element posiadania przez podmiot samego siebie. Zgodnie z tym ujęciem wydanie świadomej zgody to szczególny przypadek dysponowania szczególnym rodzajem własności (Archard 2008). Inne podejścia odwołują się do autonomii w jej kantowskiej odsłonie, lecz umieszczają ją w kontekście społecznym. Zgodnie z nimi autonomiczność to własność zasad porządkujących relację lekarz – pacjent, a świadoma zgoda, która winna być uzyskiwana zgodnie z tymi zasadami, służy ochronie pacjenta przed oszustwem i przymusem lub jest procedurą, która ma na celu ustalenie dobra pacjenta w danej relacji pacjent – lekarz.

W pierwszej z tych koncepcji świadoma zgoda jest widziana jako narzędzie służące budowaniu zaufania między pacjentami i lekarzami, którzy najczęściej wcześniej nie mieli ze sobą kontaktów, mają różne wykształcenie, motywacje czy aspiracje życiowe i znajdują się w sytuacji wymagającej od nich współpracy opartej na zaufaniu. Dodatkowym czynnikiem wskazującym na potrzebę korzystania z instytucji świadomej zgody jest rosnący brak zaufania w społeczeństwach współczesnych (O'Neill, 2002). W drugim ze wspomnianych ujęć kantowskich

świadoma zgoda to instrument identyfikowania dobra pacjenta, tj. priorytetów w opiece nad konkretnym pacjentem przez osoby, które nie są sobie wystarczająco bliskie, aby móc samodzielnie określić, na czym polega dobro danego pacjenta. W tym podejściu świadoma zgoda to przede wszystkim proces, który odbywa się w środowisku autonomicznych zasad i którego zasadniczy cel jest poznawczy (Łuków, 2005).

W obydwu koncepcjach można mówić o ochronie wolności jednostki tak jak to ma miejsce w dominującym w bioetyce ujęciu autonomii, lecz ochrona ta jest widziana jako konstytuowana i uzasadniana przez zasady, których moc obowiązująca jest samodzielna, tj. nie jest pochodną preferencji lub rozstrzygnięć w negocjacjach i troski o własne interesy. Nie są to więc zasady, których moc obowiązywania tkwiłaby w woli osób biorących udział w instytucji świadomej zgody.

Autonomia zrobiła ogromna karierę w społeczeństwach demokratycznych głównie ze względu na to, że pozwala artykułować wolnościowe aspiracje jednostek. Jest to szczególnie ważne w społeczeństwach, które charakteryzuje daleko idąca i pogłębiająca się różnorodność idei, wartości i planów życiowych. Odwołanie do autonomii często stanowi narzędzie służące m.in. ochronie indywidualności, podmiotowości, wolności indywidualnej, samostanowienia. W medycynie ochrona ta jest realizowana za pomocą etycznej i prawnej instytucji świadomej zgody, której centralnym elementem jest ustalanie autonomiczności decyzji zgodnie z wytycznymi koncepcji autonomii działania. Pomimo jej licznych zalet praktycznych koncepcja autonomii działania wydaje się niedoskonała z perspektywy ugruntowania filozoficznego. Stąd w literaturze pojawiają się koncepcje, które nie odwołując się do wybranej kultury politycznej, upatrują autonomiczności w standardach postępowania, które zdaniem ich autorów winny porządkować działania członków zróżnicowanych społeczeństw demokratycznych. Nie zmienia to jednak faktu, że wszystkie te podejścia do autonomii łączy przywiązanie do instytucji świadomej zgody, która – niezależnie od tez teoretycznych dotyczących autonomii – pozostaje instrumentem ochrony wolności indywidualnej, decydowania jednostek o sobie i własnym ciele, budowania zaufania i przestrzegania fundamentalnych nom moralnych.

Bibliografia

Archard, D. (2008). Informed Consent. Autonomy and Self-Ownership. *Journal of Applied Philosophy*, *25*(1), 19–34.

Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (1996). *Zasady etyki medycznej*. Przeł. W. Jacórzyński. Warszawa: Książka i Wiedza.

Dworkin, G. (1988). *The theory and practice of autonomy*. Cambridge–New York: Cambridge University Press.

Faden, R.R., Beauchamp, T.L., & King, N.M.P. (1986). *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press.

Frankfurt, H. (1997). Wolność woli i pojęcie osoby. W: *Filozofia moralności. Postanowienie i odpowiedzialność moralna*. Warszawa: Wydawnictwo Spacja; Fundacja Aletheia.

Hurd, H.M. (1996). The Moral Magic of Consent. *Legal Theory*, *2*(2): 121–146.

Kant, I. (1953). *Uzasadnienie metafizyki moralności*. Przeł. M. Wartenberg. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Łuków, P. (2005). *Granice zgody. Autonomia zasad i dobro pacjenta*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar".

Łuków, P. (2018). A Difficult Legacy. Human Dignity as the Founding Value of Human Rights. *Human Rights Review*, *19*(3): 313–329.

Mill, J.S. (1965). O wolności. W: J.S. Mill, *Utylitaryzm. O wolności*. Przeł. A. Kurlandzka & M. Ossowska. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1978). The Belmont report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. *DHEW Publication no (OS) 78-0012*.

O'Neill, O. (2002). *Autonomy and trust in bioethics*. Gifford Lectures, t. 2001. Cambridge–New York: Cambridge University Press.

Schneewind, J.B. (1997). *The Invention of Autonomy. A History of Modern Moral Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press.

Katarzyna Pałka
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
https://orcid.org/0000-0003-1522-1255
https://doi.org/10.35765/slowniki.579

Odpowiedzialność prawna medyków

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Odpowiedzialność jest zagadnieniem etycznym i prawnym. Na potrzeby niniejszego opracowania można ją sprowadzić do konieczności poniesienia przewidzianych prawem ujemnych konsekwencji zdarzeń podlegających ujemnej kwalifikacji normatywnej. W odniesieniu do przedstawicieli zawodów medycznych odpowiedzialność dotyczy przede wszystkim zachowań, które podjęte w celu ratowania życia lub zdrowia, oceniane *ex post* stają się atakiem na te dobra.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Początkowo odpowiedzialność prawna miała charakter represyjny, była nieograniczona i zaspokajała pierwotną żądzę zemsty. W miarę rozwoju cywilizacyjnego funkcje odpowiedzialności zaczęły się różnicować. Z odpowiedzialności karnej wyodrębniła się odpowiedzialność cywilna. Sama odpowiedzialność karna również przeszła ewolucję – uregulowano jej zasady i wprowadzono granice prawa karania.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Współcześnie zwraca się uwagę na to, że odpowiedzialność prawna przedstawicieli zawodów medycznych za tzw. błędy medyczne jest retrospektywna i ukierunkowana na poszukiwanie winnych (*blame culture*). Coraz częściej podważa się skuteczność tak ukształtowanej odpowiedzialności.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Doświadczenie pokazuje, że widmo zindywidualizowanej odpowiedzialności nie wpływa znacząco na poprawę funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej. Rozwiązaniem może być przemodelowanie naszego

sposobu myślenia o odpowiedzialności, tak żeby w przypadku błędów popełnianych przez profesjonalistów ukierunkować ją na wywoływanie pozytywnych skutków w przyszłości (*just culture*). Zmiana ta może jednak nastąpić tylko stopniowo.

Słowa kluczowe: odpowiedzialność prawna przedstawicieli zawodów medycznych, funkcje odpowiedzialności, odszkodowanie za błąd medyczny, kara za błąd medyczny, system *no fault*

Definicja pojęcia

Pytanie o odpowiedzialność zadają sobie zarówno etycy, jak i prawnicy. Włodzimierz Galewicz formułuje odpowiedź na to pytanie w uniwersalny sposób, dzięki czemu jest ona przydatna dla przedstawicieli obu dyscyplin. Wspomniany autor pisze:

> Pytanie o odpowiedzialność – najogólniej rzecz biorąc – zadajemy wtedy, gdy zastanawiamy się, jakie warunki muszą być spełnione, aby pewna osoba, ze względu na jakieś dokonane przez nią działania lub związane z nią zdarzenie, zasługiwała na określoną sankcję czy też reakcję społeczną, na przykład naganę lub pochwałę, karę lub nagrodę. Sama odpowiedzialność – w pierwszym z możliwych znaczeń tej elastycznej nazwy – nie jest wówczas niczym innym, jak trójczłonową relacją polegającą na tym, że pewna osoba P ze względu na działanie A (lub zdarzenie E) zasługuje na sankcję S (Galewicz, 2019, s. 20).

Prawnicy ujmują to krócej, pisząc:

> „być prawnie odpowiedzialnym" to tyle, co być prawnie kwalifikowanym do ponoszenia przewidzianych prawem ujemnych następstw za zdarzenia podlegające ujemnej kwalifikacji prawnej (Warkałło [za W. Langiem], 1972, s. 106–107).

Tak szerokie ujęcie nie utożsamia odpowiedzialności tylko z odpowiedzialnością sprawczą (właściwą prawu karnemu) opartą na zasadzie winy. Ma to znaczenie dla odpowiedzialności cywilnej, która wychodząc od odpowiedzialności opartej na zasadzie winy, przewiduje w szczególnych przepadkach odpowiedzialność zobiektywizowaną – niezależną od winy czy w ogóle niezależną od zachowania człowieka.

Na gruncie przedstawionej przez siebie definicji odpowiedzialności Włodzimierz Galewicz zaznacza, że jest to „odpowiedzialność związana z sankcjami" lub „odpowiedzialność normatywna". Może ona zależeć od spełnienia kilku warunków. Pierwszy z nich dotyczy kwalifikacji samego czynu (zdarzenia) jako naruszającego określone normy. Drugi odnosi się do zewnętrznego stosunku, czyli powiązania przyczynowego między czynem (zdarzeniem) a skutkiem. Jak pisze Włodzimierz Galewicz, ten warunek bywa określany w etyce jako „odpowiedzialność przyczynowa". Trzeci warunek obejmuje wewnętrzny stosunek do czynu lub zdarzenia, czyli winy, i jest określany jako „odpowiedzialność psychologiczna" lub „odpowiedzialność warunków wewnętrznych" (Galewicz, 2019, s. 20–21).

Współcześnie odpowiedzialność prawna przedstawicieli zawodów medycznych za błąd popełniony w procesie leczenia może mieć charakter zarówno publicznoprawny (karny, zawodowy, administracyjny), jak i prywatnoprawny (cywilny). Postępowania zmierzające do przypisania odpowiedzialności w sprawach medycznych są co do zasady skomplikowane dowodowo i niosą ze sobą duży ciężar emocjonalny dla obu stron. Jest tak dlatego, że postępowania te z jednej strony dotyczą odpowiedzialności za naruszenie najważniejszych dóbr osobistych człowieka w postaci życia i zdrowia, a z drugiej strony ich przedmiotem jest czyn, który został podjęty w celu ratowania tych dóbr. Ustalenie, kiedy ratowanie życia i zdrowia staje się bezprawnym atakiem na te dobra, jest trudnym zadaniem dla sędziów. Często brakuje im danych i specjalistycznej wiedzy, by to zrozumieć i ocenić (nawet jeśli korzystają z pomocy biegłych).

Odpowiedzialność karna polega na wyznaczeniu zakazu lub nakazu zachowania pod groźbą dolegliwości o charakterze osobistym (kary). W doktrynie prawa karnego powszechnie wymienia się trzy funkcje prawa karnego: ochronną, sprawiedliwościową i gwarancyjną. Wspomina się również o funkcji kompensacyjnej. Pod pojęciem funkcji ochronnej rozumie się prewencję generalną (zniechęcające oddziaływanie na potencjalnych sprawców) i indywidualną (oddziaływanie na konkretnego sprawcę, które ma zapobiec ponownemu popełnieniu przestępstwa). Z tą funkcją ściśle związana jest funkcja sprawiedliwościowa, która ma zaspokoić społeczną potrzebę odpłaty za wyrządzone zło. Funkcja gwarancyjna ma natomiast chronić sprawcę przed nadużyciem przez państwo prawa karania, określając granice odpowiedzialności sprawcy. Podkreśla się, że prawo karne ma charakter subsydiarny w stosunku do innych dyscyplin prawnych, co oznacza, że odpowiedzialność karna uzasadniona jest dopiero wtedy, gdy środki, którymi dysponują inne dyscypliny prawne (prawo cywilne, administracyjne), nie są wystarczające. Jeśli chodzi o personel medyczny, to jedną z najistotniejszych kategorii czynów zabronionych są czyny atakujące życie lub zdrowie pacjenta (Sroka, 2023, s. 252).

Odpowiedzialność zawodowa (dyscyplinarna) realizuje zbliżone funkcje do odpowiedzialności karnej *sensu stricto*, w tym przede wszystkim funkcję ochronną. Głównym przedmiotem ochrony w przypadku odpowiedzialności zawodowej są jednak interesy danego samorządu

zawodowego oraz zaufanie społeczne do jego przedstawicieli (Barczak-Oplustil & Sroka, 2023, s. 15). Interesy pacjentów chronione są jedynie pośrednio, przez dążenie do zapewnienia prawidłowego wykonywania danego zawodu medycznego.

Odpowiedzialność administracyjna polega na możliwości zastosowania określonych środków prawnych w reakcji na naruszenie przepisów prawa administracyjnego i w sposób charakterystyczny dla działania administracji. Do wspomnianych środków prawnych należy m.in. wymierzanie kar pieniężnych przez organy administracji publicznej czy pozbawienie uprawnień (np. wykreślenie podmiotu leczniczego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą). Kara administracyjna nie jest odpłatą za popełniony czyn, lecz stanowi środek przymusu służący zapewnieniu realizacji zadań administracji (Barczak-Oplustil & Sroka, 2023, s. 7–8). Cechą charakterystyczną odpowiedzialności administracyjnej jest to, że nie musi mieć charakteru zindywidualizowanego i jest zależna tylko od faktu obiektywnego naruszenia obowiązków administracyjnych.

Jeśli chodzi o odpowiedzialność cywilną, to w interesującym nas zakresie możemy postawić znak równości między odpowiedzialnością cywilną a odszkodowawczą. W doktrynie cywilistycznej podkreśla się, że jej celem nie jest ukaranie sprawcy, lecz wyrównanie uszczerbku, którego doznał poszkodowany, co następuje przez przeniesienie ciężaru szkody z poszkodowanego na sprawcę szkody. Wykonanie obowiązku odszkodowawczego wiąże się jednak pośrednio z pewną dolegliwością dla sprawcy. Dostrzec też można w obowiązku naprawienia szkody funkcję prewencyjną, polegającą na zapobieganiu szkodom, zmniejszeniu ich liczby i rozmiaru (Warkałło, 1972, s. 96, 100). W związku z powyższym: „W pojęciu odpowiedzialności odszkodowawczej łączą się cele i rezultaty doraźne z dalej sięgającymi celami i rezultatami – z kompensacją i represją łączy się prewencja" (Warkałło, 1972, s. 100). Głównym celem odpowiedzialności odszkodowawczej jest jednak kompensacja, która koncentruje się na szkodzie i odszkodowaniu, a nie na winie, jak to jest w przypadku funkcji represyjnej i wychowawczo-prewencyjnej. Wina nie wpływa zatem na zakres obowiązku odszkodowawczego (inaczej jest z karą).

Przypisanie odpowiedzialności konkretnemu członkowi personelu medycznego stanowi wyzwanie w sprawach medycznych. Problemy

związane są ze wskazaniem konkretnego sprawcy, który niewłaściwie się zachował, i ustaleniem związku przyczynowego między jego zachowaniem (działaniem lub zaniechaniem) a negatywnym następstwem (skutkiem), za które miałby ponosić odpowiedzialność. Zaowocowało to wypracowaniem przez sądy cywilne rozwiązań ułatwiających pacjentom dochodzenie roszczeń odszkodowawczych. Umożliwiają one uzyskanie odszkodowania od podmiotu leczniczego (szpitala) bez konieczności wykazywania, który konkretnie członek personelu medycznego, spośród udzielających świadczenia zdrowotnego pacjentowi, postąpił niezgodnie z regułami sztuki (tzw. wina anonimowa) lub kto konkretnie odpowiada za błąd organizacyjny (tzw. wina organizacyjna). Wystarczy, że wiadomo, iż w szpitalu doszło do określonego zaniedbania. Ułatwienia te, choć są ważne i potrzebne, to nie rozwiązują wszystkich problemów. Pacjent nieuchronnie przegra proces w sytuacji, gdy nie wiadomo, w którym z dwóch lub więcej szpitali, w których leczony był pacjent, doszło do zaniedbania. Wyzwaniem w sprawach medycznych pozostaje też niezmiennie związek przyczynowy między ocenianym zachowaniem a uszkodzeniem ciała, wywołaniem rozstroju zdrowia czy śmiercią pacjenta. Choć sądy orzekające w sprawach medycznych nie wymagają ustalenia związku przyczynowego w sposób pewny, często oddalają powództwa z uwagi na niewykazanie tej przesłanki. Podkreśla się, że kwestia związku przyczynowego jest zagadnieniem kluczowym i przysparzającym wiele kłopotu (Nesterowicz, 1972, s. 107). Problem ten w jeszcze większym stopniu dotyczy postępowań karnych z uwagi na obowiązującą tam zasadę interpretowania wszystkich wątpliwości na korzyść oskarżonego – *in dubio pro reo* (Sroka, 2023, s. 268–269).

Należy jeszcze zwrócić uwagę na to, że ustalenie wspomnianych problematycznych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej czy karnej wymaga specjalistycznej wiedzy medycznej. Sądy muszą w tym zakresie opierać się na opiniach biegłych. Często postępowanie sądowe wymaga przygotowania więcej niż jednej opinii, co wydłuża czas postępowania i zwiększa jego koszty. Opinie bywają nie dość konkluzywne, by na ich podstawie sąd mógł uznać wszystkie przesłanki odpowiedzialności cywilnej lub karnej za udowodnione. Jest to związane z jednej strony ze specyfiką wiedzy medycznej i towarzyszącymi jej niewiadomymi, a z drugiej strony z problemem tzw. solidarności zawodowej (Bach-Golecka, 2021, s. 21–22, 33).

Niezależnie od powyższego trzeba jeszcze pamiętać o tym, że współczesny model funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i opieki nad pacjentem jest złożony. W przypadku przypisywania zindywidualizowanej odpowiedzialności konieczne jest ustalenie,

> na ile określony tzw. błąd medyczny był efektem niewłaściwego zachowania konkretnego członka (lub członków) personelu medycznego, a na ile wpływ na jego zaistnienie miał skomplikowany mechanizm organizacyjno-finansowy udzielania świadczeń zdrowotnych (Barczak-Oplustil & Sroka, 2023, s. 13).

Państwo nie może bowiem egzekwować odpowiedzialności od osób wykonujących zawody medyczne, jeśli samo nie realizuje należycie własnego obowiązku tworzenia odpowiednich warunków prawno-organizacyjnych dla prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (Barczak-Oplustil & Sroka, 2023, s. 16). Podobnie jest z niestworzeniem odpowiednich warunków pracy przez podmiot leczniczy, o czym będzie jeszcze mowa.

Analiza historyczna pojęcia

Początkowo prawo starało się umożliwić poszkodowanemu „wymierzenie represji na osobie sprawcy" (Warkałło, 1972, s. 23). Miało zaspokajać pierwotną żądzę odwetu. Następowało to w postaci tzw. krwawej zemsty, która mogła być indywidualna lub grupowa Z czasem początkowy nieograniczony zakres zemsty wyznaczony gniewem zaczął być dostosowywany do rozmiaru i stopnia pokrzywdzenia (zasada talionu), a potem winy sprawcy. Już Arystoteles zwracał uwagę na to, że odpłata powinna być proporcjonalna (Galewicz, 2019, s. 249–251). W związku z rozwojem stosunków towarowo-pieniężnych zaczęto zastępować działania odwetowe okupem pieniężnym, co zapoczątkowało wyodrębnianie odpowiedzialności cywilnej z odpowiedzialności karnej wraz z charakterystyczną dla tej pierwszej funkcją kompensacyjną i odpowiedzialnością majątkową (Warkałło, 1972, s. 24). Wymiar sprawiedliwości powoli zaczęło przejmować państwo.

> W miarę, jak powstawała możliwość zakupywania na rynku podstawowych dóbr majątkowych, poszkodowany coraz łatwiej godził się na wykup od zemsty.

> W zamian za rezygnację z zemsty uzyskiwał on dwojakie zadośćuczynienie: satysfakcję, jaką daje majątkowe pognębienie sprawy szkody przez wyegzekwowanie od niego pieniędzy, i satysfakcję nabycia za te pieniądze dóbr mogących zastąpić dobra utracone wskutek działania sprawcy szkody (Warkałło, 1972, s. 24).

Podkreśla się, że wprowadzony z czasem zakaz wykonywania zemsty i zniesienie egzekucji na osobie ograniczyły przedmiot represji do majątku dłużnika, ale jednocześnie zasięg tej majątkowej odpowiedzialności się zwiększył. Przejawiało się to, jak zauważa Witold Warkałło na gruncie prawa rzymskiego epoki klasycznej, w częściowej obiektywizacji tej odpowiedzialności (w pewnych przypadkach uniezależnienie jej od winy sprawcy) i objęciu nią także spadkobierców sprawcy, co w przypadku odpowiedzialności karnej nie było możliwe (Warkałło, 1972, s. 25). W ten sposób funkcje odpowiedzialności odszkodowawczej zaczęły się powoli wyodrębniać od funkcji odpowiedzialności karnej, pozostawiając „odpowiedzialność osobą człowieka" w domenie prawa karnego.

Największa przemiana w kierunku rozszerzenia podstaw cywilnoprawnej kompensacji szkód dokonała się w drugiej połowie XIX wieku. Wtedy w związku z maszynizacją produkcji i mechanizacją transportu zaczęto obciążać obowiązkiem odszkodowawczym osoby, którym nie można było wykazać jakiejkolwiek winy (Warkałło, 1972, s. 28–30). Należy podkreślić, że odpowiedzialność odszkodowawcza może być oderwana od winy. Jest to akceptowalne z moralnego punktu widzenia szczególnie wtedy, gdy następuje – za sprawą ubezpieczeń – rozłożenie odpowiedzialności odszkodowawczej na inne podmioty. Dzięki temu bowiem obowiązek odszkodowawczy nie staje się nadmiernie (nieproporcjonalnie) uciążliwy dla podmiotu odpowiedzialnego (Honoré, 1995, s. 88–90).

Przedstawiony pokrótce proces wyodrębnienia odpowiedzialności cywilnej z odpowiedzialności karnej przekonuje o słuszności tezy, że mają one swoje źródło w idei sprawiedliwości wyrównawczej Arystotelesa. Warto więc sięgnąć to źródeł i przypomnieć, jak ten filozof rozumiał pojęcie sprawiedliwości wyrównawczej. Według niego:

> zadaniem sędziego, który ma naprawić czy też usunąć nierówność spowodowaną przez jakiś czyn przestępczy, jest poniekąd przywrócenie stanu sprzed tego przestępstwa, co może on właśnie uczynić, odbierając sprawcy bezprawnie osiągnięty zysk, a równocześnie wynagradzając ofierze niesłusznie poniesioną stratę (Galewicz, 2019, s. 227).

Z przywołanej definicji wynika, że sprawiedliwość wyrównawcza pełni dwie funkcje: udzielenia rekompensaty osobie pokrzywdzonej i wymierzenia kary sprawcy (Galewicz, 2019, s. 247). Pojęcia zysku i straty zostały przez Arystotelesa użyte w przenośni. Jak tłumaczy Włodzimierz Galewicz, zysk osiąga zarówno ten, kto w wyniku pewnego zachowania zdobywa więcej dobra, jak i ten, kto za jego sprawą czyni więcej zła. Podobnie jest ze stratą, którą ponosi zarówno ten, kto w wyniku określonego zachowania traci pewne dobro, jak i ten, kto w jego rezultacie doznaje pewnego zła (Galewicz, 2019, s. 240).

Należy jednak pamiętać o tym, że Arystoteles formułował swoje myśli w czasach, w których nie rozróżniano jeszcze odpowiedzialności cywilnej od karnej. W związku z powyższym w jego rozważaniach można dostrzec pewne sprzeczności między rozumieniem sprawiedliwości wyrównawczej (naprawczej) zmierzającym w kierunku szerokiej rekompensaty (niezależnej od winy) a odpłatą (karą) zależną od okoliczności subiektywnych po stronie sprawcy. Z rozważań Arystotelesa wynika na przykład, że poza złem szkody czasem trzeba niejako dodatkowo zrównoważyć zło winy, podczas gdy jego fundamentalne twierdzenie opiera się na obowiązku naprawianiu szkody niezależnie od cech sprawcy i właściwości poszkodowanego (Galewicz, 2019, s. 256). Kiedy jednak do tych rozważań wprowadzimy rozróżnienie na odpowiedzialność cywilną i karną, odnosząc odpłatę za winę do odpowiedzialności karnej, a kompensację szkody stawiając w centrum odpowiedzialności cywilnej, to unikniemy sprzeczności. Zauważyć jednak przy tym należy, że odpowiedzialność karna i cywilna to nie są dwa całkowicie odrębne bieguny odpowiedzialności, których nic nie łączy. Funkcje obu w części się pokrywają, ale inaczej są w nich rozłożone akcenty, o czym będzie jeszcze mowa.

Jeśli chodzi o historyczny rozwój odpowiedzialności medyków, to był taki czas, kiedy wykonywanie zawodu lekarza postrzegano w charakterze posłannictwa i w związku z tym w ogóle nie do pomyślenia było pociągnięcie lekarza do odpowiedzialności za czynności wykonywane w związku z realizacją tego posłannictwa. Sytuacje, w których leczenie kończyło się niepowodzeniem, tłumaczono przeznaczeniem lub wolą Boga (Dekker, 2012, *Preface*). Jak pisze Stefan Grzybowski: „Toć nie dawniej, jak w pierwszej połowie XVII w., pełny walor miało rozpowszechnione w Polsce przysłowie: lekarza za zabój nie sądzą" (Grzybowski, 1969, s. 125).

Orzecznictwo wielu sądów (w tym przede wszystkim francuskich) długo przyznawało lekarzom immunitet, który całkowicie chronił ich przed odpowiedzialnością. Zaczęło się to zmieniać w XIX wieku w związku z rozwojem medycyny (Nestorowicz, 1972, s. 5–6, Grzybowski, 1969, s. 127).

Ujęcie problemowe pojęcia

Współcześnie odpowiedzialność prawna przedstawicieli zawodów medycznych jest oczywistością. Jak już zaznaczono, może ona mieć różny charakter prawny (karny, zawodowy, administracyjny, cywilny), a różne podstawy tej odpowiedzialności mogą pozostawać ze sobą w zbiegu. Oznacza to, że w danym przypadku równolegle może się toczyć kilka postępowań, których funkcje w części się pokrywają. Zwracają na to uwagę Agnieszka Barczak-Oplustil i Tomasz Sroka, pisząc, że wobec lekarza może być orzeczona zarówno kara za popełnione przestępstwo, kara dyscyplinarna za popełniony delikt dyscyplinarny, jak i zadośćuczynienie z tytułu krzywdy wyrządzonej czynem niedozwolonym (Barczak-Oplustil & Sroka, 2023, s. 17). Jak dalej zauważają wspomniani autorzy, każdy z tych środków prawnych w jakimś zakresie pełni funkcję represyjną: w przypadku kary za przestępstwo ta funkcja realizowana jest najpełniej, ale elementy tej funkcji są obecne także w przypadku kary dyscyplinarnej i ubocznie także w przypadku zadośćuczynienia za krzywdę. W związku z powyższym trzeba uważać na to, by represyjność wszystkich zastosowanych środków łącznie nie była nadmierna.

W 2012 r. zaczął w Polsce funkcjonować niezależny od winy system odpowiedzialności odszkodowawczej za zdarzenia medyczne (*no fault*). Miał on być odpowiedzią na oczekiwania środowiska medyków oraz pacjentów. Powołano wówczas do życia 16 komisji wojewódzkich do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w skład których wchodzili przedstawiciele zarówno zawodów prawniczych, jak i medycznych. Komisje zostały uprawnione do orzekania o zdefiniowanych ustawowo zdarzeniach medycznych w postaci zakażenia, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci pacjenta będących następstwem udzielania w szpitalach świadczeń zdrowotnych niezgodnie z aktualną

wiedzą medyczną. Wypłata odszkodowań została oparta na konstrukcji ubezpieczenia odrębnego od ubezpieczenia OC (Bączyk-Rozwadowska, 2015, s. 79–80). Po wydaniu orzeczenia stwierdzającego, że doszło do zdarzenia medycznego, ubezpieczyciel szpitala był zobowiązany do złożenia poszkodowanemu propozycji wypłaty odszkodowania i zadośćuczynienia. Pacjent mógł tę propozycję przyjąć i zrzec się dalszych roszczeń, rezygnując tym samym z postępowania sądowego albo propozycję odrzucić i pozostawić sobie możliwość dochodzenia roszczeń przed sądem.

Komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych nie spełniły oczekiwań. Najwyższa Izba Kontroli w raporcie z 2018 r. stwierdziła, że system pozasądowego orzekania o zdarzeniach medycznych nie zapewnia pacjentowi skutecznego dochodzenia rekompensat za szkody powstałe podczas leczenia. Prace komisji często się przedłużały – nawet do dwóch lat (choć przepisy zakładały, że orzeczenie zostanie wydane przez komisję w ciągu czterech miesięcy). Nie sprawdziło się założenie ustawodawcy, że wiedza członków komisji, którzy posiadają wykształcenie medyczne, ograniczy konieczność zasięgania opinii biegłych. Nie określono w przepisach minimalnych kwot świadczeń odszkodowawczych, a jedynie ich górne limity, co pozwalało ubezpieczycielom szpitali (lub w razie ich braku bezpośrednio szpitalom) proponować poszkodowanym jak najniższe stawki. We wnioskach NIK stwierdziła, że system nie stał się alternatywą dla sądownictwa powszechnego. W wyniku powstania wojewódzkich komisji liczba rozpatrywanych w sądach spraw zamiast się zmniejszyć, znacząco wzrosła.

W rezultacie wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych zostały zlikwidowane. W ostatnich latach w Polsce wyraźnie wzrosło też znaczenie odpowiedzialności publicznoprawnej. Nastąpiło istotnie zwiększenie liczby postępowań karnych prowadzonych przeciwko osobom wykonującym zawody medyczne, w szczególności na etapie postępowania przygotowawczego, co wiąże się z utworzeniem w jednostkach organizacyjnych prokuratur wyspecjalizowanych działów ds. błędów medycznych (Barczak-Oplustil & Sroka, 2023, s. 6). Z powyższym zjawiskiem koresponduje spadek zaufania społecznego do osób wykonujących zawody zaufania publicznego, w tym zawody medyczne, czy wręcz tworzenie się „klimatu podejrzliwości" (Barczak-Oplustil & Sroka, 2023, s. 7).

Środowisko przedstawicieli zawodów medycznych, w tym przede wszystkim lekarzy, oczekuje obecnie ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności karnej za nierażące naruszenie zasad udzielania świadczeń zdrowotnych i wynikłe z tego tytułu negatywne konsekwencje dla życia lub zdrowia pacjentów. W apelu nr 3/23/IX z dnia 15 grudnia 2023 r. Naczelna Rada Lekarska zwróciła się do Ministra Zdrowia i Ministra Sprawiedliwości o pilną zmianę przepisów dotyczących odpowiedzialności karnej za tzw. błędy medyczne i stworzenia kompletnego systemu typu *no fault*. W apelu podkreślono, że błędne jest założenie, iż strach przed odpowiedzialnością karną to skuteczna metoda na budowanie jakości w opiece medycznej:

> Aktualny system oparty na kulturze poszukiwania winnych i pociągania ich do odpowiedzialności karnej nie realizuje (…) priorytetów polityki zdrowotnej w obszarze jakości. Zapadające w indywidualnych sprawach orzeczenia sądowe nie pozwalają na ocenę jakości poszczególnych świadczeń zdrowotnych i czynników sprzyjających występowaniu niepowodzenia leczniczego, a dodatkowo charakter spraw karnych w oczywisty sposób antagonizuje strony. W wyniku zakończenia sprawy karnej system opieki zdrowotnej nie uzyskuje żadnych instrumentów do poprawy jakości.

Samorząd lekarski zauważył, że obserwowane w ostatnich latach zaostrzanie odpowiedzialności karnej prowadzi do braku kadry w najbardziej ryzykownych specjalnościach. Skutkuje również obniżaniem zaufania we wzajemnych relacjach pacjentów z lekarzami i przedstawicielami innych zawodów medycznych, a także grozi upowszechnieniem zjawiska tzw. medycyny defensywnej.

Z uwagi na powyższe Naczelna Rada Lekarska wystąpiła o zniesienie penalizacji błędów medycznych z wyjątkiem przypadków, gdy przedstawiciel zawodu medycznego był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego albo gdy błąd medyczny był wynikiem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach.

Treść apelu pokazuje, że w ostatnich latach zaczęto w Polsce zwracać uwagę na zjawisko tzw. medycyny defensywnej (Barczak-Oplustil & Sroka, 2023, s. 20). Polega ono na tym, że w pierwszej kolejności lekarze podejmują działania w celu ograniczenia przyszłego ryzyka związanego z ewentualnymi postępowaniami sądowymi, a dopiero w dalszej kolejności w celu prowadzenia właściwego leczenia (Bach-Golecka, 2021, s. 22). Efektem takich działań może być z jednej strony

nadmierna ilość nie zawsze potrzebnych badań, a z drugiej strony ograniczenie – z obawy przed odpowiedzialnością – podejmowania ryzykownych czynności mogących przynieść korzyści pacjentowi.

Coraz częściej dostrzega się konieczność promowania kultury uczenia się na błędach. Podkreśla się, że wsparcie tego procesu będzie możliwe, jeśli stworzone zostaną warunki, w których naprawa szkód doznanych przez pacjentów mogłaby następować na preferencyjnych warunkach i na zasadach niezależnych od winy (uzasadnienie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw). W konsekwencji polski ustawodawca po stwierdzeniu nieskuteczności działania wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych nie zrezygnował wcale z rozwiązań prawnych umożliwiających dochodzenie roszczeń odszkodowawczych niezależnie od winy.

Funkcję zlikwidowanych komisji przejął od 2023 r. Rzecznik Praw Pacjenta, który w drodze decyzji administracyjnych orzeka o świadczeniach kompensacyjnych za zaistniałe zdarzenia medyczne. Decyzja jest wydawana na podstawie opinii zespołu ekspertów z zakresu nauk medycznych (w tym lekarzy) działającego przy Rzeczniku. Świadczenia kompensacyjne są wypłacane w zakreślonych ustawowo maksymalnych granicach kwotowych z Funduszu Kompensacyjnego zasilanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, czyli ze środków publicznych. Nowe przepisy nakładają też na podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązek dokonania analizy przyczyn źródłowych zdarzenia medycznego oraz sformułowania i wdrożenia odpowiednich zaleceń w celu poprawy jakości i bezpieczeństwa. Na system *no fault* w Polsce składają się obecnie także Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych (zasilany m.in. wpłatami dostawców szczepionek) i Fundusz Kompensacyjny Badań Klinicznych (zasilany m.in. wpłatami sponsorów badań), które również pozostają w dyspozycji Rzecznika Prawa Pacjenta. W tym pierwszym przypadku wypłatę świadczenia kompensacyjnego uzasadnia wystąpienie działania niepożądanego w określonym czasie po szczepieniu obowiązkowym, szczepieniu przeciw COVID-19 lub innym szczepieniu przeciwepidemicznym, jeśli wymagana była hospitalizacja (jej długość dodatkowo precyzują przepisy). W przypadku badań klinicznych wypłata świadczenia może nastąpić, jeśli w wyniku udziału w badaniu doszło do uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia uczestnika.

System odpowiedzialności za szkody doznane w następstwie zdarzeń medycznych oparty na modelu *no fault* (który od 2012 r. próbuje wprowadzić nasz ustawodawca) polega na naprawianiu szkody bez konieczności wykazywania winy sprawcy, zbliżając się do odpowiedzialności obiektywnej, opartej na zasadzie ryzyka lub słuszności (Bączyk-Rozwadowska, 2015, s. 72). Celem systemu *no fault* jest naprawienie szkody, której doznał pacjent, w taki sposób, by nie hamować postępu medycyny i nie krępować przedstawicieli zawodów medycznych w zakresie stosowania ryzykownych metod i nowoczesnych technologii medycznych. Cechą systemu typu *no fault* jest dochodzenie roszczeń w trybie pozasądowym, w krótszym czasie, bez ponoszenia nadmiernych kosztów przez pacjenta, z większą szansą na uzyskanie odszkodowania, ale za cenę ustawowego ograniczenia wysokości możliwych do uzyskania odszkodowań (Bach-Golecka, 2021, s. 240). Zasadą jest podejmowanie decyzji w sprawie odpowiedzialności w sposób kolegialny i taki dobór członków pozasądowych organów rozstrzygających sprawy, by znaleźli się wśród nich prawnicy, lekarze, a także przedstawiciele organizacji chroniących prawa pacjenta. Postępowanie opiera się na założeniu, że sprawca w nim nie uczestniczy i pozostaje poza zakresem zainteresowania. Odszkodowanie i zadośćuczynienie jest wypłacane przez prywatnych ubezpieczycieli lub fundusze kompensacyjne zasilane przez określone podmioty, w tym przez państwo (Bączyk-Rozwadowska, 2015, s. 73–75).

Wśród najważniejszych mankamentów systemu *no fault* wymienia się brak w nim elementów prewencji, zarówno indywidualnej, jak i generalnej. Zauważa się również, że wyłączenie personelu medycznego z uczestnictwa w tym postępowaniu nie pozwala poznać przyczyn powstania szkody, a co za tym idzie – zapobiec pojawieniu się podobnych niekorzystnych następstw w przyszłości. Twierdzi się, że może to również prowadzić do wzrostu liczby postępowań dyscyplinarnych, a nawet procesów karnych (Bączyk-Rozwadowska, 2015, s. 76). Spotkać można również zarzut, że systemy typu *no fault* są przejawem paternalizmu i sprzyjają tworzeniu postaw roszczeniowych, a okoliczność, że w tym systemie wszyscy płacą za cudze przewinienia po to, żeby poszkodowani mieli zapewnioną kompensację, jest sprzeczna z podstawowymi wymogami sprawiedliwości wyrównawczej (Wilejczyk, 2021, s. 301–302). Podkreśla się, że prawo deliktów nie może

i nie powinno przejmować roli innych instytucji, które są do tego specjalnie przeznaczone, takich zwłaszcza jak publiczna opieka zdrowotna czy system ubezpieczenia i zabezpieczenia społecznego (Wilejczyk, 2021, s. 303).

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Odnosząc się do powyższego, należy zacząć od uświadomienia sobie, że większość szkód medycznych wynika z nieuniknionego błędu ludzkiego w kontekście awarii systemu, dlatego też kluczowe jest opracowanie takich procedur, które sprzyjałyby właściwemu zbadaniu przyczyn błędów medycznych (Bach-Golecka, 2021, s. 33). Już w latach 70. ubiegłego wieku zwracano w polskiej literaturze uwagę na to, że lekarz staje się pionkiem w całym mechanizmie leczenia (Nesterowicz, 1972, s. 5).

Sidney Dekker, propagator kultury odpowiedzialności opartej na uczciwości (*just culture*) w miejsce kultury obwiniania (*blame culture*), argumentuje, że błędy, które mają charakter organizacyjny, powinny być naprawiane poprzez lepsze zarządzanie (Dekker, 2012, s. 118–119). Wspomniany autor zwraca uwagę na konieczność uwzględnienia okoliczności, że ludzie głęboko odczuwają swoje błędy (jako osobiste porażki), szczególnie w przypadku tak odpowiedzialnych zawodów jak zawody medyczne. Wspomnienia z tym związane zostają z nimi na długo. Penalizacja błędów tylko pogarsza sprawę. Może to doprowadzić do depresji czy nawet porzucenia zawodu przez dobrego fachowca. W tej sytuacji podmiot leczniczy, w którym dany profesjonalista wykonuje swój zawód, powinien zapewnić mu wsparcie, konstruując model zarządzania organizacją tak, aby pracownicy nie bali się zgłaszać błędów, by te błędy były następnie odpowiednio analizowane i wyciągane z nich były wnioski (Dekker, 2012, s. 76–77). Dekker widzi w błędzie (z założenia nieumyślnym) objaw niedomagania w sposobie działania danej organizacji czy nawet szerzej systemu, a nie przyczynę, za którą powinniśmy obciążyć odpowiedzialnością konkretnego człowieka (Dekker, 2012, s. 80). Stwierdza, że ani postępowanie cywilne, ani postępowanie karne wcale nie zapobiegają ludzkim błędom. Zdaniem autora postępowania sądowe lub przygotowawcze mogą wręcz zwiększać

prawdopodobieństwo kolejnych błędów z uwagi na stres i niepokój, jaki generują u przedstawicieli zawodów medycznych, przeciwko którym się toczą. Jeśli zaś przed czymś odstraszają personel medyczny, to przed zgłaszaniem błędów. W związku z powyższym zamiast wzbudzać w ludziach strach, powinno się sprawić, że staną się oni uczestnikami zmian i ulepszeń. Autor podkreśla, że system wolny od obwiniania nie oznacza systemu wolnego od odpowiedzialności. Jest wręcz przeciwnie. Taki system zachęca do zareagowania i wzięcia odpowiedzialności za rozwiązanie problemu. Ludzie poczują swoją sprawczość, jeśli będą mogli wpłynąć na poprawę jakości wykonywanej przez siebie pracy (Dekker, 2012, s. 81–82, 107).

Sidney Dekker zastanawia się jeszcze nad tym, co tak naprawdę poszkodowani (pokrzywdzeni) chcą osiągnąć, dochodząc sprawiedliwości przed sądem. Zauważa, że postępowanie daje im możliwość bycia wysłuchanymi. Stawia tezę, że poszkodowanym zależy na tym bardziej niż na pieniądzach. Kiedy jednak nikt w szpitalu (ze strachu przed odpowiedzialnością) nie chce z nimi rozmawiać o tym, co się stało, zwracają się do sądu (Dekker, 2012, s. 88, 90). Autor stwierdza, że umieszczenie kogoś w więzieniu nie zwróci pokrzywdzonym tego, co stracili. Wydaje się, że podnieść na duchu może ich uzyskanie pewności, że błąd się nie powtórzy i ktoś inny nie będzie musiał przechodzić przez to, co oni (Dekker, 2012, s. 90). Sidney Dekker jako przykład podaje, że zmiany organizacyjne polegające na wprowadzeniu urządzeń zapobiegających niedotlenieniu i stosowaniu pulsoksymetrii były znacznie skuteczniejsze w zmniejszeniu liczby wypadków związanych z podawaniem nieodpowiednich stężeń tlenu znieczulonym pacjentom niż pojedyncze przypadki skazania anestezjologów za nieumyślne spowodowanie śmierci (Dekker, 2012, s. 108).

W świetle powyższych uwag zrozumiałe jest, że wśród zalet pozasądowego systemu kompensacji szkód medycznych niezależnie od winy wymienia się: zapewnianie wysokiego poziomu bezpieczeństwa pacjentów oraz względnie otwartej komunikacji lekarz – pacjent, realną możliwość pojednania oraz uzyskania szybkiej i odpowiedniej rekompensaty przez pacjenta, zachęcanie do zgłaszania błędów i uczenia się na nich oraz wprowadzania ulepszeń organizacyjnych (Bach-Golecka, 2021, s. 33). Zaprezentowany sposób myślenia jest prospektywny, czyli nastawiony na wywołanie pozytywnych zmian w przyszłości. Tym

istotnie różni się od sięgającego starożytności rozumienia odpowiedzialności jako reakcji na to, co się wydarzyło. Jak przyznają Agnieszka Barczak-Oplustil i Tomasz Sroka:

> Instrumenty z zakresu prawa karnego w swojej istocie nie mają (…) zdolności do poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, gdyż – poza oczywiście elementami prewencji generalnej czy indywidualnej – mają charakter retrospektywny (Barczak-Oplustil & Sroka, 2023, s. 9).

To samo dotyczy dochodzenia roszczeń odszkodowawczych przed sądem cywilnym.

Do powyższego można dodać, że istnienie funduszy kompensujących szkodę w miejsce sprawcy wcale nie musi naruszać idei sprawiedliwości wyrównawczej. Tony Honoré argumentuje, że celem sprawiedliwości wyrównawczej jest przywrócenie zachwianej równowagi. Wymaga to ustalenia, że zachowanie sprawcy pozostaje w związku przyczynowym ze szkodą i brak jest uzasadnienia dla wyrządzenia tej szkody. To są okoliczności, które uzasadniają nałożenie obowiązku naprawienia szkody. System może być jednak zorganizowany tak, że zrobi to inny podmiot w miejsce sprawcy. Jest to szczególnie uzasadnione w przypadku odpowiedzialności niezależnej od winy (Honoré, 1995, s. 79–80, 93–94).

Z przedstawionych przez Sidneya Dekkera argumentów wynika, że wprowadzenie do systemu odpowiedzialności odszkodowawczej pozasądowego trybu dochodzenia roszczeń za szkody medyczne nie jest wystarczające do stworzenia kultury uczciwości (*just culture*). Do osiągnięcia tego celu konieczna jest również depenalizacja tzw. błędów medycznych, o co zwróciła się Naczelna Rada Lekarska w swoim apelu. Warto także mieć na uwadze, że stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej koresponduje z orzecznictwem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Zgodnie z nim jedynie w wyjątkowych sytuacjach, gdy czyn, który można przypisać członkom personelu medycznego, wykracza poza zwykły błąd czy zaniedbanie medyczne, wymagane jest zapewnienie przez państwo reakcji prawnokarnej (Wyrok ETPCz z 19.12.2017, pkt 215).

Agnieszka Barczak-Oplustil i Tomasz Sroka zauważają jednak, że ograniczenie lub wyłączenie odpowiedzialności karnej członków personelu medycznego za tzw. nierażące błędy medyczne mogłoby wytworzyć

wrażenie u społeczeństwa, iż przedstawiciele zawodów medycznych znajdują się „ponad prawem" (Barczak-Oplustil & Sroka, 2023, s. 22). Ci ostatni mogliby zresztą sami nabrać takiego przekonania, co już bezpośrednio zagrażałoby bezpieczeństwu pacjentów. Dodatkowo, zdaniem przywołanych autorów, odpowiedzialność karna – jako odpowiedzialność o charakterze represyjnym (odpłata za wyrządzone zło) – jest w tym przypadku potrzebna, by zadośćuczynić społecznemu poczuciu sprawiedliwości. Odpowiedzialność cywilna może bowiem nie być zindywidualizowana – odszkodowanie może płacić podmiot leczniczy lub ubezpieczyciel, a nie osoba wykonująca zawód medyczny. Wspomniani autorzy stwierdzają dalej, że depenalizacja tzw. błędów medycznych byłaby niezrozumiała z perspektywy społeczeństwa (Barczak-Oplustil & Sroka, 2023, s. 26). Jak piszą, uzyskanie odszkodowania ma dla pokrzywdzonych drugorzędne znaczenie. Pierwszorzędne znaczenie ma natomiast zapewnienie przez państwo środków, które zapobiegną naruszeniom. Służyć ma temu ich zdaniem prawo karne, które poprzez system kar ma motywować do starannego wykonywania świadczeń zdrowotnych (Barczak-Oplustil & Sroka, 2023, s. 27). Na szczególną uwagę zasługuje następująca konkluzja:

> Jeżeli dodamy do tego np. długotrwałość czy wręcz przewlekłość postępowań cywilnych w tzw. sprawach medycznych, brak realnego dostępu do systemu odpowiedzialności typu *no fault* czy też brak rzetelnego i obiektywnego monitoringu zdarzeń niepożądanych w systemie ochrony zdrowia, to łącznie są to tego rodzaju okoliczności, które w opinii społecznej zdają się wskazywać na potrzebę stosowania mechanizmów prawnokarnych w reakcji na tzw. błędy medyczne. Nie jest jednak wykluczone, że znacząca poprawa funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej oraz efektywności pozakarnych mechanizmów odpowiedzialności za tzw. błędy medyczne może w przyszłości prowadzić do odmiennego spojrzenia na potrzebę zakresu i sposobu kryminalizacji nieumyślnych działań lub zaniechań osób wykonujących zawody medyczne (Barczak-Oplustil & Sroka, 2023, s. 27).

Z powyższej perspektywy kluczowa wydaje się odpowiedź na pytanie o to, co może spowodować znaczącą poprawę funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej. Z argumentacji przedstawionej przez Sidneya Dekkera i dotychczasowych doświadczeń wynika, że okolicznością tą nie jest widmo odpowiedzialności karnej. W związku z tym, aby poprawić funkcjonowanie całego systemu, możemy potrzebować przemodelowania naszego sposobu myślenia o odpowiedzialności, tak żeby

w przypadku błędów popełnianych przez profesjonalistów z zakresu medycyny ukierunkować ją przede wszystkim na wywoływanie pozytywnych skutków w przyszłości. Nie można jednak w tym celu wprowadzić zmian legislacyjnych całkowicie wbrew opinii publicznej, ponieważ spowoduje to tylko wzrost wrogości społeczeństwa względem przedstawicieli zawodów medycznych do poziomu uniemożliwiającego wykonywanie zawodu. Jeśli kompensacja szkód medycznych w nowo wprowadzonym postępowaniu przed Rzecznikiem Praw Pacjenta okaże się skuteczna, to może to stworzyć korzystny klimat w naszym społeczeństwie do zrealizowania postulatu Naczelnej Rady Lekarskiej. Jak stwierdza Sidney Dekker, profesjonaliści nie powinni się obawiać popełniania błędów, tylko niewyciągania wniosków z tych błędów, które popełnią (Dekker, 2012, s. 39). Koresponduje to z myślą św. Augustyna: „Błądzenie jest rzeczą ludzką, ale dobrowolne trwanie w błędzie jest rzeczą diabelską".

Bibliografia

Apel nr 3/23/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 grudnia 2023 r. w sprawie odpowiedzialności karnej w ochronie zdrowia. Pobrano z: https://nil.org.pl/aktualnosci/8321-apel-do-mz-i-ms-w-sprawie-odpowiedzialnosci-karnej-w-ochronie-zdrowia (dostęp: 14.03.2025).

Bach-Golecka, D. (2021). Compensation Schemes and Extra-Judicial Solutions in Case of Medical Malpractice. A Commentary on Contemporary Arrangements. W: D. Bach-Golecka (red.), *Compensation Schemes for Damages Caused by Healthcare and Alternatives to Court Proceedings. Comparative Law Perspectives* (s. 1–39). Cham: Springer Nature Switzerland.

Barczak-Oplustil, A., & Sroka, T. (2023). Odpowiedzialność publicznoprawna w prawie medycznym. W: A. Barczak-Oplustil & T. Sroka (red.), *System Prawa Medycznego*. T. 6: *Odpowiedzialność publicznoprawna* (s. 3–36). Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

Bączyk-Rozwadowska, K. (2015), Koncepcja *no fault compensation* a polski system kompensacji szkód doznanych w następstwie zdarzeń medycznych. W: A. Olejniczak, J. Haberko, A. Pyrzyńska, & D. Sokołowska (red.), *Współczesne problemy prawa zobowiązań* (s. 68–94). Warszawa: Wolters Kluwer.

Dekker, S. (2012). *Just culture. Balancing Safety and Accountability*. Boca Raton: CRC Press.

Galewicz, W. (2019). *Odpowiedzialność i sprawiedliwość w etyce Arystotelesa*. Kęty: Wydawnictwo Marek Derewiecki.

Grzybowski, S. (1969). Odpowiedzialność cywilna lekarza. W: S. Grzybowski (red.), *Odpowiedzialność cywilna za wyrządzenie szkody (Zagadnienia wybrane)* (s. 123–162). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Honoré, T. (1995). The Morality of Tort Law – Questions and Answers. W: D.G. Owen (red.), *Philosophical Foundations of Tort Law*. Oxford: Oxford University Press.

Nesterowicz, M. (1972). *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy*. Warszawa–Poznań: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Raport Najwyższej Izby Kontroli o pozasądowym dochodzeniu roszczeń przez pacjentów (2018). Pobrano z: https://www.nik.gov.pl/plik/id,18515,vp,21114.pdf (dostęp: 14.03.2025).

Sroka, T. (2023). Zagadnienia podstawowe dotyczące odpowiedzialności karnej w prawie medycznym. W: A. Barczak-Oplustil & T. Sroka (red.), *System Prawa Medycznego*. T. 6: *Odpowiedzialność publicznoprawna* (s. 245–361). Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

Uzasadnienie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (2023), IX kadencja, druk nr 3259. Pobrano z: https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=3259 (dostęp: 14.03.2025 r.).

Warkałło, W. (1972). *Odpowiedzialność odszkodowawcza. Funkcje, rodzaje, granice*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Wilejczyk, M. (2021). *Teorie prawa deliktów*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

Wyrok ETPCz z 19.12.2017 r. w sprawie Lopes de Sousa Fernandes p. Portugalii, skarga nr 56080/13, CE:ECHR:2017:1219JUD005608013.

Jakub Pawlikowski
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
https://orcid.org/0000-0002-8277-8515
https://doi.org/10.35765/slowniki.559

Sprzeciw sumienia

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Sprzeciw sumienia polega na odmowie wypełnienia obowiązku prawnego ze względu na głęboko zakorzenione przekonania etyczne. Klauzula sumienia jest konstrukcją prawną regulującą korzystanie z prawa do sprzeciwu sumienia.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Refleksję poświęconą sprzeciwowi człowieka wobec norm prawa stanowionego można dostrzec już w czasach antycznych, ale teoria sumienia (synejdezjologia) rozwinęła się w średniowieczu. Prawne regulacje dotyczące sprzeciwu sumienia (klauzula sumienia) pojawiły się na początku XX wieku i początkowo były związane z odmową służby wojskowej, a w kolejnych dekadach z odmową udzielania świadczeń przez osoby wykonujące zawody medyczne.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Sprzeciw sumienia opiera się na założeniu racjonalności sumienia i zdolności wskazania racji moralnej motywującej do sprzeciwu. Z perspektywy etycznej podkreśla prymat moralności wobec prawa. Z perspektywy prawnej wynika z gwarancji dotyczących wolności sumienia, która przynależy do podstawowych praw człowieka i może być ograniczana tylko w wyjątkowych przypadkach. Regulacje związane z wyrażaniem sprzeciwu sumienia, wraz z ograniczeniami w tym zakresie, są zawarte w klauzulach sumienia, które odnoszą się do określonych sytuacji (np. powszechnej służby wojskowej) lub wybranych zawodów (takich jak lekarz, pielęgniarka, położna).

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Większość przypadków sprzeciwu sumienia w praktyce medycznej

wynika z woli poszanowania zasady nienaruszalności życia ludzkiego. Głównym problemem, jaki towarzyszy tej kwestii, wydaje się nie treść i forma klauzuli sumienia, ale zbyt szeroki zakres obowiązków nakładanych na osoby wykonujące zawody medyczne, który wykracza poza to, co jest konieczne dla ochrony zdrowia i życia pacjenta, i może nawet naruszać zasady etyki zawodowej. Należy zatem badać nie tylko motywy sprzeciwu, ale również uzasadnienie dla kontestowanego obowiązku prawnego.

Słowa kluczowe: sprzeciw sumienia, klauzula sumienia, wolność sumienia, prawa człowieka, prawo a etyka

Definicja pojęcia

Sprzeciw sumienia polega na odmowie wypełnienia obowiązku prawnego ze względu na głęboko zakorzenione przekonania moralne, religijne czy – szerzej – światopoglądowe. Dwa elementy są tu zatem konstytutywne: przedmiot sprzeciwu, czyli wynikający z przepisów prawa obowiązek, oraz motywacja podmiotu wyrażającego sprzeciw (obdżektora) ujęta najczęściej w kategoriach etycznych. Wyróżnić można szerokie i wąskie rozumienie sprzeciwu sumienia. Pierwsze znaczenie będzie się odnosiło tak do działania, jak i do zaniechania, drugie – jedynie do odmowy działania. W znaczeniu wąskim sprzeciw sumienia odróżniany jest od nieposłuszeństwa obywatelskiego jako formy protestu wobec niesprawiedliwego prawa lub niewłaściwie ukształtowanych stosunków społecznych.

Sprzeciw sumienia zakłada określoną koncepcję sumienia uwzględniającą racjonalny aspekt osądu moralnego. Dzięki rozumnej refleksji człowiek potrafi przyjmować, formułować i zmieniać swoje opinie, jak również wyrażać sprzeciw wobec prawa niezgodnego z jego ugruntowanymi przekonaniami. Sumienie manifestuje swoją obecność i intelektualny charakter szczególnie wtedy, gdy skłania człowieka do przeciwstawiania się okolicznościom w imię racjonalnie uzasadnionych wartości i zasad moralnych (Moń, 2024). Sumienie (gr. *syneídesis*, łac. *conscientia* – „być zaznajomionym z czymś") potocznie określane jest jako wewnętrzna przestrzeń, w której człowiek odkrywa normy moralne i z ich perspektywy dokonuje oceny swojego czynu oraz podejmuje decyzje dotyczące działania. W refleksji etycznej nie ma jednolitej koncepcji sumienia, dlatego działaniu z nim zgodnemu przypisuje się różną wartość. Sumienie może się mylić, ale jeśli błąd nie jest zawiniony, to należy postępować zgodnie z wewnętrznym osądem jako najwyższą instancją moralną (Szostek, 2014). Pojmowanie sumienia jako naturalnej (przyrodzonej) zdolności każdej osoby do świadomego rozróżniania dobra od zła jest argumentem przesądzającym za koniecznością jego uwzględnienia w porządku prawnym. Złożoność zagadnienia pogłębia fakt, że pojęcie sumienia jest ujmowane nie tylko w kategoriach moralnych, ale również prawnych (odwołują się do niego konstytucja, akty prawa międzynarodowego i ustawy) oraz teologicznych (kiedy sądy moralne kształtowane są przez wiarę religijną). W tradycji teologii

katolickiej sumienie rozumiane jest jako wewnętrzny ośrodek w człowieku, w którym rozpoznaje on prawo moralne pochodzące od Boga (*Katechizm Kościoła Katolickiego*, 2000, p. 1776).

Sprzeciwu sumienia nie należy utożsamiać z klauzulą sumienia: pierwszy jest postawą moralną, która przejawia się jako zachowanie wynikające z określonych przekonań; druga jest konstrukcją prawną, która ma regulować sytuację kolizji pomiędzy indywidualnymi przekonaniami a przepisami prawa i dotyczy szczególnych sytuacji (np. powszechnej służby wojskowej) lub wybranych zawodów (takich jak lekarz, pielęgniarka, położna). Zawarte w klauzuli normy umożliwiają odstąpienie od wykonania określonej czynności, ograniczając zarazem możliwość wyrażenia sprzeciwu ze względu na konieczność ochrony innych podstawowych wartości, nakładając dodatkowe wymogi z tym związane (np. powiadomienie przełożonego, odnotowanie w dokumentacji) albo wskazując zastępcze formy wypełnienia obowiązku (Stanisz, 2008).

Sumienie jest jednym z najistotniejszych elementów godności ludzkiej, obok rozumności i wolności wskazywanym *explicite* w Powszechnej deklaracji praw człowieka (art. 1). Godność jest fundamentem podstawowych i niezbywalnych praw człowieka, w tym wolności sumienia, z której wynika prawo do sprzeciwu sumienia (rozumiane w kategoriach zarówno moralnych, jak i prawnych). Wolność sumienia oznacza możliwość wyboru, kształtowania i zmiany swego światopoglądu, który może formować się pod wpływem idei religijnych, filozoficznych i innych, oraz obejmuje również prawo do postępowania zgodnie z przyjętym światopoglądem (Stanisz, 2008). Pojęcie wolności sumienia łączone jest współcześnie również z kategorią myśli i/lub przekonań (ang. *beliefs*, *convictions*). Myśli (opinie, poglądy) mogą dotyczyć dowolnej dziedziny oraz posiadać dowolną treść, ale mogą być także związane z określonym systemem etycznym lub religijnym. Pojęcie „przekonanie" w kontekście „prawa do wolności myśli, sumienia, religii i przekonań" oznaczać może przeświadczenia dotyczące genezy, struktury i celu istnienia człowieka i świata (wynikające zarówno z przesłanek religijnych, jak i pozareligijnych). W orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wolność myśli ma znaczenie intelektualne, wolność sumienia ma charakter etyczny, a wolność wyznania – religijny (Sobczak, 2013). Relację pomiędzy wolnością sumienia, sprzeciwem sumienia

i klauzulą sumienia należy zatem postrzegać następująco: z wolności sumienia wynika prawo do sprzeciwu sumienia, które szczegółowo jest regulowane w ramach klauzuli sumienia.

Analiza historyczna pojęcia

Refleksję dotyczącą sprzeciwu człowieka wobec norm prawa stanowionego można dostrzec już w czasach antycznych, czego przykładem mogą być dzieła Sofoklesa (*Antygona*) i Platona (*Obrona Sokratesa*). W starożytności nie wypracowano wyraźnej teorii sumienia, ale u różnych autorów pojawiają się wzmianki o „wewnętrznym głosie" (sokratejski *daimonion*), któremu należy się podporządkować w pierwszej kolejności (przed prawem). Teoria sumienia (synejdezjologia znajdowana w ramach etyki) rozwinęła się w średniowieczu na bazie filozofii scholastycznej i podążyła w dwóch kierunkach. W ramach kierunku franciszkańskiego (m.in. św. Bonawentura) rozumiano sumienie głównie jako akt woli, natomiast przedstawiciele kierunku dominikańskiego (m.in. św. Tomasz z Akwinu) akcentowali szczególnie intelektualną stronę sumienia. Wspólną cechą obu nurtów było zwrócenie uwagi na zależność aktów sumienia od prawa naturalnego rozumianego jako obiektywny porządek moralny, co pozwalało wyraźnie uzasadniać źródło sprzeciwu wobec prawa stanowionego. W tym nurcie formułowano również warunki posłuszeństwa i nieposłuszeństwa wobec prawa stanowionego w zależności od tego, czy było ono sprawiedliwe czy też nie (Szostek, 2014).

W wielu współczesnych nurtach filozoficznych synejdezjologia jest nieobecna lub podejmowana marginalnie; zauważalne jest oddzielenie pojęcia sumienia od obiektywnego porządku moralnego. U myślicieli nawiązujących do I. Kanta sumienie postrzegane jest często jako struktura formalna, treściowo pusta. Inni pojmują sumienie jako indywidualne emocje lub uczucie (D. Hume), a nawet wewnętrzną strukturę o charakterze opresyjnym będącą efektem socjalizacji i podświadomego wdrażania w kulturowe normy postępowania w procesie wychowania (Z. Freud, É. Durkheim). Ujęcia takie redukują sprzeciw sumienia do trudnych do uzasadnienia indywidualnych emocji i podświadomych przekonań, które

niekoniecznie wskazują na obiektywny porządek moralny (Szostek, 2014). Pojawiają się jednak koncepcje całościowe, w których podkreśla się, że sumienie łączy poznawcze, motywacyjne i emocjonalne aspekty życia moralnego, prowadząc do moralnej integracji (Sulmasy, 2008).

Pojęcie wolności sumienia jako kategorii prawnej pojawiło się w okresie nowożytnym w unii utrechckiej (1579 r.), a potem w pokoju westfalskim (1648 r.). W kolejnych wiekach zaczęto z niej wyprowadzać prawo do sprzeciwu sumienia. Prawne regulacje dotyczące sprzeciwu sumienia (klauzula sumienia) pojawiły się jednak dopiero na początku XX wieku i początkowo dotyczyły odmowy służby wojskowej. Pierwszym krajem, który wprowadził możliwość zwolnienia ze służby ze względu na sprzeciw sumienia, było Zjednoczone Królestwo w 1916 r., następnie zrobiły to Dania (1917) i Szwecja (1918). Także na poziomie dokumentów międzynarodowych w tym zakresie dokonywała się ewolucja: w latach 60. XX w. Rada Europy zaleciła państwom członkowskim uregulowanie prawa do sprzeciwu sumienia wobec służby wojskowej, a w późniejszym okresie Europejski Trybunał Praw Człowieka wielokrotnie orzekał na korzyść obdżektorów w ich sporach z państwami członkowskimi. Możliwość realizacji obowiązku służby wojskowej w formie zastępczej jest obecnie standardem przyjętym w większości europejskich państw demokratycznych, choć wojskowa klauzula sumienia straciła na znaczeniu w wielu krajach z powodu profesjonalizacji sił zbrojnych i rezygnacji z obowiązku powszechnej służby wojskowej. W latach 50. XX wieku pojawił się problem sprzeciwu sumienia w kontekście świadczeń medycznych, ale początkowo dotyczył odmowy przez rodziców obowiązku szczepień swoich dzieci. Problem odmowy świadczeń przez osoby wykonujące zawody medyczne stał się przedmiotem żywego zainteresowania dopiero w latach 70. XX wieku, kiedy w Stanach Zjednoczonych i krajach Europy Zachodniej zagwarantowano dostęp do aborcji (Pawlikowski, 2024). Problem ten stał się w ostatnich latach przedmiotem znaczącego zainteresowania naukowego i społeczno-politycznego, o czym świadczą dynamiczny przyrost literatury przedmiotu, stanowiska grup eksperckich, rezolucje międzynarodowe, inicjatywy ustawodawcze, a także orzeczenia sądów i trybunałów. Pojawia się on również w odniesieniu do innych zawodów, np. urzędnika, zawodów prawniczych, przedsiębiorców, choć tematyka medycznej klauzuli sumienia jest obecnie dominująca (Olszówka, 2019).

Analizując historię polskiego porządku prawnego, należy wspomnieć, że Konstytucja z 1921 r. w zasadzie zakazywała sprzeciwu sumienia, gdyż w art. 112 w zdaniu drugim stanowiono: „Nikt nie może uchylać się od spełnienia obowiązków publicznych z powodu swoich wierzeń religijnych". Przepis ten obowiązywał także w Konstytucji z 1935 r. i dotyczył nie tylko odmowy służby wojskowej z przyczyn religijnych, lecz wszelkich obowiązków publicznych, w tym uczestnictwa w lekcjach religii (choć pojawiały się przypadki sporów sądowych w tym zakresie). Niezbyt przychylnie do wolności sumienia, a zwłaszcza sprzeciwu sumienia, podchodziła Konstytucja PRL z 1952 r., która w art. 70 ust. 3 nakazywała nawet kryminalizację nadużywania wolności sumienia i wyznania (dla celów godzących w interesy państwa), co oznaczało karalność sprzeciwu sumienia. Z Konstytucji PRL ten przepis został usunięty nowelizacją z 1976 r., ale w Kodeksie karnym pozostał do 1989 r. (Olszówka, 2016).

W roku 1997 prawo do sprzeciwu sumienia zostało uwzględnione w Konstytucji RP (art. 85 ust. 3), ale jedynie w odniesieniu do służby wojskowej. Kilka lat wcześniej prawo do wyrażenia sprzeciwu sumienia wobec służby wojskowej z powodu przekonań religijnych lub moralnych przewidziano w Ustawie z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania. W drugiej połowie lat 90. XX wieku klauzula sumienia została umieszczona w ustawach regulujących wykonywanie zawodów medycznych , tj. w Ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz Ustawie z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Ważną rolę w kształtowaniu przepisów medycznej klauzuli sumienia odegrało orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 2015 r. poszerzające zakres wolności sumienia lekarzy. Na poziomie międzynarodowym znaczącym dokumentem była Rezolucja 1763 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w sprawie sprzeciwu sumienia w opiece medycznej z dnia 7 października 2010 r.

Ujęcie problemowe pojęcia

Problem sprzeciwu sumienia w sensie ogólnym odnosi się do odmowy wykonania obowiązku nałożonego prawem, ale w praktyce dotyczyć może różnych okoliczności (służby wojskowej, świadczeń medycznych,

wystawienia aktów urzędowych) i opierać się na odmiennych motywacjach. Sprzeciw sumienia jest problemem zarówno etycznym, jak i prawnym, dotyczy bowiem relacji pomiędzy prawem stanowionym a moralnością oraz okoliczności wyrażania sprzeciwu sumienia w ramach klauzuli sumienia, a więc przede wszystkim służby wojskowej i świadczeń medycznych. Doktryny religijne, a zwłaszcza nauczanie Kościoła katolickiego, również dotyczą tej kwestii, dlatego wspomniana zostanie też perspektywa religijno-społeczna.

Z perspektywy moralnej sprzeciw sumienia podkreśla prymat moralności wobec prawa i władzy. Choć moralny obowiązek stosowania się do nakazów prawa sprawiedliwego jest ważną zasadą etyki społecznej (jeśli jest ono sprawiedliwe), to w tradycji etycznej wskazuje się jednak również warunki, kiedy niesprawiedliwe prawa mogą nie obowiązywać w sumieniu, np. jeśli prawo nie wypływa z troski o dobro wspólne, nierównomiernie rozdziela przywileje i obowiązki, nie jest ustalane w ramach kompetencji posiadanych przez prawodawcę, zakazuje wypełniać obowiązki moralne wobec najbliższych albo nakazuje podejmowanie działań naruszających fundamentalne dobra, takie jak życie, zdrowie, sprawiedliwość, rodzina. W takich okolicznościach pojawiają się podstawy wyrażania moralnie usprawiedliwionego sprzeciwu sumienia wobec prawa. Sprzeciw sumienia jest zatem możliwy tylko przy założeniu, że u podstaw przepisów prawa (*lex*) leżą normy (*ius*) wypływające z idei dobra, prawdy i sprawiedliwości. Klauzula sumienia jest sformalizowaniem prymatu sumienia w stosunku do prawa, w myśl którego sam ustawodawca uznaje, że prawo może być niesprawiedliwe, i zezwala na legalne nieposłuszeństwo.

Dokumenty społeczne Kościoła katolickiego również podkreślają, że władza polityczna powinna szanować istotne uniwersalne wartości moralne, a przepisy prawne powinny uwzględniać porządek moralny odkrywany przez prawy rozum. W sytuacji naruszenia tych zasad w porządku stanowienia prawa państwowego pojawia się moralny obowiązek wyrażenia sprzeciwu sumienia, a odpowiedzialności moralnej w tym zakresie nie znosi powoływanie się na poszanowanie wolności innych ludzi ani fakt legalizacji określonych praktyk (Papieska Rada Iustitia Et Pax, 2005, p. 397–398). *Katechizm Kościoła Katolickiego* zauważa, że

> Obywatel nie jest zobowiązany w sumieniu do przestrzegania zarządzeń władz cywilnych, jeżeli są one sprzeczne z wymogami porządku moralnego, z podstawowymi prawami osób lub wskazaniami Ewangelii (*Katechizm Kościoła Katolickiego*, 2000, p. 2242).

Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae* wyraźnie wskazuje nie tylko na konieczność respektowania prawa do sprzeciwu sumienia przez prawodawstwo państwowe, ale również podkreśla moralny obowiązek odmowy uczestnictwa w działaniach sprzecznych z sumieniem ukształtowanym zgodnie z porządkiem moralnym opartym na poszanowaniu „prawa istoty ludzkiej do życia od poczęcia aż do naturalnej śmierci" (Jan Paweł II, 1995, p. 486–488).

Motywacja odmowy bazuje na negatywnej ocenie moralnej określonego zachowania. Przekonania, na jakie powołuje się obdżektor, nie powinny być wynikiem subiektywnej percepcji, ale winny być obiektywnie uzasadnione, a najlepiej odwoływać się do zasad i wartości leżących u podstaw systemu prawnego i współżycia społecznego. Wskazanie odpowiedniej racji etycznej (wartości, zasady, autentycznych przekonań) polega na odwołaniu się do uniwersalnych wartości etycznych, w tym bezwzględnego poszanowania wartości życia ludzkiego. Jeśli obdżektor dostrzega i potrafi wskazać ważniejszą normę lub bardziej fundamentalne dobro, które należy chronić, to sprzeciw sumienia jest nie tylko dopuszczalny, ale nawet konieczny (Moń, 2024). Sprzeciw nie powinien opierać się na przesłankach dyskryminujących (np. nie powinno się odmawiać wykonania zazwyczaj realizowanego świadczenia ze względu na narodowość lub rasę). Nie każde zaniechanie będzie mieściło się w sprzeciwie sumienia, np. lekarz może odmówić przepisania leku ze względu na przekonanie o jego nieskuteczności, wysokim ryzyku dla pacjenta lub braku wskazań, a nie z powodu sprzeciwu wynikającego z mechanizmu działania naruszającego życie ludzkie na etapie prenatalnym.

Sprzeciw sumienia może być motywowany różnymi racjami. Odmowę z powodów etycznych mogą wzmacniać racje wynikające z nakazów religijnych kształtowanych przez wiarę określonej wspólnoty wyznaniowej. Racje religijne zazwyczaj można jednak zredukować do uniwersalnych zasad moralnych (np. religijne przykazanie „Nie zabijaj" do etycznej zasady poszanowania życia ludzkiego). Wyjątkowo może się zdarzyć, że racje religijne pozostają w konflikcie z uniwersalnymi

zasadami etycznymi (np. religijny zakaz przetaczania krwi u Świadków Jehowy i moralna konieczność ochrony życia ludzkiego). Gdyby taki konflikt miał prowadzić do naruszenia poważnych dóbr innych osób (np. życia dziecka), to racje religijne powinny ustąpić uniwersalnym zasadom etycznym.

Sprzeciw sumienia obejmuje nie tylko odmowę sprawstwa danego czynu, ale również współudziału w nim, pomocy w jego przeprowadzeniu, udziału w przygotowaniach czy informowania o możliwości jego dokonania (TK w wyroku z 7 października 2015 r. uznał za niezgodne z konstytucją nakładanie na lekarzy odmawiających wykonania aborcji obowiązku wskazywania innych specjalistów, którzy mogliby ją wykonać). Katolicka teologia moralna usprawiedliwia współdziałanie w złym czynie, gdy zostają jednocześnie zachowane trzy warunki: (a) współdziałanie musi być wyłącznie materialne (osoba współpracuje zewnętrznie, ale nie aprobuje wewnętrznie tego działania), (b) współdziałanie musi być pośrednie (dostarczanie środków do działania dla innych osób), (c) współudział musi być proporcjonalny (poważny powód podjęcia współpracy, np. utrata miejsca pracy).

Analizując problem sprzeciwu sumienia z perspektywy prawnej, należy podkreślić, że wolność sumienia jest jedną z fundamentalnych zasad konstytuujących system praw człowieka (art. 1 Powszechnej deklaracji praw człowieka), prawa międzynarodowego (np. Europejska konwencja praw człowieka, Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych, art. 10 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej) i konstytucyjnego (art. 53 Konstytucji RP). Swoboda postępowania zawodowego zgodnie z sumieniem jest również integralną częścią wielu etyk zawodowych, w tym etyki medycznej (art. 4 Kodeksu etyki lekarskiej (KEL)). Istnieją jednak także ograniczenia wolności sumienia, zarówno prawne (art. 31 Konstytucji RP; art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty), jak i moralne, np. obowiązek udzielania pomocy w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia. Wolność sumienia obejmuje wolność wyznawania określonego światopoglądu i dokonywania wyborów moralnych (*forum internum*) oraz wolność postępowania zgodnie z własnym sumieniem, w tym wolność od przymusu postępowania wbrew własnemu sumieniu (*forum externum*) (Stanisz, 2008).

Z wolności sumienia wynika prawo do sprzeciwu sumienia, które może być szczegółowo regulowane w ramach klauzuli. Nie należy

rozumieć klauzuli sumienia jako podstawy prawnej dla wyrażania sprzeciwu sumienia, bowiem prawo do postępowania zgodnie z własnym sumieniem wynika z wolności sumienia, a więc zasady bardziej fundamentalnej niż klauzula sumienia. Podstawy prawnej wymaga natomiast ograniczenie prawa do sprzeciwu sumienia, które może dokonywać się jedynie ze względu na inne ważne wartości, np. konieczność zapewnienia bezpieczeństwa państwa albo prawa do ochrony życia pacjenta (Zoll, 2014).

Klauzula sumienia obowiązuje jedynie w odniesieniu do niektórych sytuacji (np. powszechna służba wojskowa) lub wybranych zawodów (lekarz, pielęgniarka, położna). Prawo do sprzeciwu sumienia wobec służby wojskowej zawarte jest w konstytucji (art. 85 ust. 3), a szczegółowo uregulowane w Ustawie z dnia 28 listopada 2003 r. o służbie zastępczej. Zgodnie z ustawą odbycie służby zastępczej oznacza spełnienie powszechnego obowiązku obrony Rzeczpospolitej Polskiej. Istotą służby zastępczej jest wykonywanie prac na rzecz ochrony środowiska, ochrony przeciwpożarowej, ochrony zdrowia, pomocy społecznej, opieki nad osobami niepełnosprawnymi albo bezdomnymi bądź na rzecz administracji publicznej lub wymiaru sprawiedliwości. Poborowy musi złożyć oświadczenie o swoich przekonaniach oraz wskazać w wyznawanej doktrynie religijnej podstawy wyłączające możliwość odbywania służby wojskowej lub podać wyznawane zasady moralne sprzeczne z obowiązkami żołnierza odbywającego służbę wojskową (Stanisz, 2008).

Prawo do sprzeciwu sumienia osób wykonujących zawody medyczne uregulowane jest w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 39) oraz w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej (art. 12). Zgodnie z tymi przepisami lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, który nakazuje udzielanie pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Dodatkowo lekarz ma obowiązek odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej, a jeśli wykonuje zawód na podstawie stosunku pracy albo w ramach służby, ma także obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego. Podobne zasady odnoszą się do pielęgniarki i położnej. Również przedstawiciele innych zawodów

medycznych zgłaszają postulaty umieszczenia klauzuli sumienia w ich ustawach zawodowych (Pawlikowski, 2024).

Ważny wyrok dotyczący medycznej klauzuli sumienia zapadł dnia 7 października 2015, kiedy Trybunał Konstytucyjny orzekł o niezgodności z Konstytucją RP części przepisów art. 39 ustawy o zawodach lekarza. Uchylone przepisy uniemożliwiały lekarzowi skorzystanie z klauzuli sumienia w „innych przypadkach niecierpiących zwłoki", a w razie odmowy wykonania świadczenia zobowiązywały go do wskazania innego realnego miejsca jego wykonania. Trybunał stwierdził, że sformułowanie: „inne przypadki niecierpiące zwłoki" jest nieprecyzyjne, a niejasne przesłanki nie mogą ograniczać tak fundamentalnego prawa, jakim jest wolność sumienia. Natomiast obowiązek wskazania miejsca, w którym może być zrealizowane działanie uznane przez lekarza za niegodziwe moralnie, uznał za łamiący pośrednio sumienie lekarza i niekonieczny do zabezpieczenia praw pacjenta (ponieważ może to wykonać inny podmiot prawa). Orzeczenie ograniczyło zatem zakres obowiązku podejmowania działań przez lekarza do sytuacji niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia zgodnie z zaleceniami rezolucji nr 1763 Rady Europy z 7 października 2010 r., w której podkreślano, że zapewnienie dostępu do zalegalizowanych świadczeń jest obowiązkiem państwa, a nie lekarza (Pawlikowski, 2024).

Regulacje deontologiczne są w dużej mierze zbieżne z przepisami prawa. Kodeks etyki lekarskiej przewiduje możliwość odmowy leczenia w szczególnie uzasadnionych okolicznościach (art. 7) z wyjątkiem sytuacji zagrożenia życia i zdrowia pacjenta oraz we „wszystkich przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości jej uzyskania ze strony instytucji powołanych do udzielenia pomocy" (art. 76). Nie można również odmawiać pomocy lekarskiej ze względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania (art. 3 KEL). Podkreślić należy, ze KEL wyraźnie wiąże kategorię sumienia z wypełnianiem obowiązków zawodowych związanych z troską o dobro pacjenta, podkreślając w art. 4, że: „Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną". Aksjologia postępowania lekarza powiązana jest zatem nie tylko z wiedzą

medyczną, ale i z jego sumieniem. Dzięki temu może on nie tylko skutecznie pomagać chorym, ale i zachować integralność moralną, co buduje zaufanie społeczne.

Charakter i zakres obowiązku, z którego obdżektor może zostać zwolniony, różnicuje klauzule wojskową i medyczną: w pierwszej chodzi o zwolnienie z obowiązku dotyczącego wszystkich obywateli związanego z bezpieczeństwem państwa, natomiast w drugiej o zwolnienie przedstawiciela tylko określonej grupy zawodowej z obowiązku wypływającego z konieczności ochrony prawa pacjenta. W przypadku służby wojskowej obowiązek dotyczy obywatela, który zazwyczaj nie rozważa służby wojskowej jako swojej ścieżki zawodowej i dopiero wprowadzenie prawnego obowiązku służby wojskowej zmusza go do konfrontowania tego obowiązku z osobistymi przekonaniami i wyborami. W przypadku osób wykonujących zawody medyczne wydawałoby się, że mamy do czynienia z obowiązkiem wynikającym z istoty tej profesji, więc nie powinien on rodzić istotnych kontrowersji, gdyby zakres obowiązku nakładanego przez prawo był zgodny z etyką zawodową i celami praktyki medycznej. Zasadne jest zatem pytanie, czy problemy związane z medyczną klauzulą sumienia nie wynikają z niezgodności pomiędzy zakresem obowiązku prawnego a zakresem obowiązku wypływającego z aksjologii zawodów medycznych. Przeanalizujmy zatem, w jakich okolicznościach wyrażany jest sprzeciw sumienia w działalności medycznej.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Sprzeciw sumienia w kontekście medycznym, w zależności od regulacji prawnych gwarantujących dostęp do świadczeń medycznych w danym państwie, wyrażany jest najczęściej w odniesieniu do przerywania ciąży (w sytuacjach innych niż zagrożenie życia ciężarnej), diagnostyki prenatalnej (jeśli jest to związane z możliwością przerywania ciąży; w Polsce od wyroku TK z 2020 r. jest to już nieaktualne), środków postkoitalnych, eutanazji, samobójstwa z pomocą lekarza, a nawet stwierdzania śmierci mózgu czy uczestnictwa w procedurze wykonywania kary śmierci. Sprzeciw sumienia wyrażany może być nie tylko przez lekarzy, ale również pielęgniarki, położne, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych,

a także innych pracowników systemu ochrony zdrowia, a nawet studentów. Mogą go manifestować osoby niewierzące i wierzące, przynależące do różnych tradycji religijnych. Dodać należy, że odmowa świadczeń ze względu na sprzeciw sumienia jest sytuacją bardzo rzadką; odmowa, z którą spotykają się pacjenci, wynika częściej z innych powodów (np. brak porozumienia z pacjentem/rodziną co do sposobu postępowania z chorym, brak kontraktu z ubezpieczycielem, zmęczenie lekarza). Większość przypadków manifestowania sprzeciwu sumienia w praktyce medycznej nie dotyczy zatem sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia pacjentów, ale – przeciwnie – wynika z woli uszanowania życia ludzkiego, w tym szczególnie na etapie prenatalnym i terminalnym, zgodnie z fundamentalnymi zasadami etyki medycznymi (*primum non nocere*) i uniwersalnymi zasadami moralnymi. Sprzeciw sumienia lekarza mający na celu ochronę życia ludzkiego jest tym samym nie tylko manifestacją indywidualnych przekonań, ale również wyrazem obrony podstawowych zasad etyki zawodowej i celów, którym ma służyć medycyna zwięźle ujętych w art. 2 KEL:

> Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu. Lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.

Problem sprzeciwu sumienia w praktyce medycznej wydaje się zatem tkwić w szerokim zakresie obowiązku prawnego obejmującym realizację niektórych kontrowersyjnych moralnie świadczeń, które nie wiążą się bezpośrednio z ratowaniem zdrowia i życia. Na tak szeroki zakres obowiązku pozwalają ustawowe definicje świadczeń zdrowotnych, które wykraczają poza potoczne pojęcie „pomocy lekarskiej" związanej z ratowaniem zdrowia i życia. Problem komplikuje ciągle aktualny (pomimo petycji o jego uchylenie) art. 3 ust. 2 ustawy z 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, który wskazuje, że korzystanie z tych wolności nie może prowadzić do uchylania się od wykonywania obowiązków publicznych nałożonych przez ustawy (Olszówka, 2019).

Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej motywowany jest głównie odmową naruszenia prawa do życia rozumianego jako prawo przysługujące osobie ludzkiej od poczęcia do naturalnej śmierci. Obdżektorzy używają najczęściej argumentacji etycznej (a nie religijnej), uzasadniając,

że nie chcą współdziałać w naruszaniu życia i zdrowia ludzkiego, ponieważ byłoby to zaprzeczeniem ich zawodowej misji. Problem sprzeciwu sumienia nie pojawiłby się zatem w praktyce medycznej (albo byłby marginalny), gdyby nie rozszerzano zakresu obowiązków dla personelu medycznego o działania, które nie mają związku z ratowaniem życia lub zdrowia pacjenta, a dodatkowo obejmują naruszenie życia ludzkiego w fazie prenatalnej lub terminalnej. Sytuacja, w której lekarz w ramach swoich obowiązków jest zobowiązany jednocześnie i do współpracy w przerwaniu życia ludzkiego na etapie prenatalnym, i do udzielania pomocy dziecku po urodzeniu, może prowadzić zarówno do dezintegracji moralnej u niego, jak i do naruszenia etosu zawodowego.

Ochrona prawa do sprzeciwu sumienia wymaga również określenia granic korzystania z niego w trosce o inne dobra oraz prawa i wolności innych osób. Sprzeciw sumienia osób wykonujących zawody medyczne może być konfrontowany z prawami pacjenta. Pojawiają się różne rozwiązania tego konfliktu. Propozycje radykalne w postaci likwidacji klauzuli sumienia będą niezgodne z Konstytucją, a postulat delegalizacji świadczeń będących najczęstszym przedmiotem sprzeciwu sumienia nie zyska zapewne wystarczającej aprobaty społecznej. Szukając kompromisowego rozwiązania, proponuje się wyodrębnienie najbardziej kontrowersyjnych świadczeń, które nie są związane z ratowaniem zdrowia i życia pacjenta, i niekontraktowanie ich obligatoryjnie z każdym podmiotem w systemie ochrony zdrowia. Zbliżone rozwiązanie funkcjonuje w odniesieniu do zapłodnienia pozaustrojowego, które jest finansowane ze środków publicznych w wybranych podmiotach.

Postępowanie zgodnie z sumieniem lekarza i innych pracowników służby zdrowia nie może zagrażać zdrowiu i życiu pacjenta. Żądania świadczeniobiorców wykraczające poza ochronę ich życia i zdrowia nie mogą stanowić podstawy do ograniczania wolności sumienia osób wykonujących zawody medyczne. Władze państwowe nie powinny na nie nakładać powinności arbitralnie, bez uwzględnienia prawnych gwarancji wolności sumienia i wielowiekowej tradycji etycznej zawodów medycznych.. Dlatego przepisy dotyczące klauzuli sumienia powinny być tak sformułowane, aby chronić zdrowie i życie pacjentów, a przy tym zachowywać maksymalnie szeroki zakres swobody postępowania zgodnie z sumieniem osób wykonujących zawody medyczne. Klauzula sumienia może stanowić dzięki temu ważny instrument ochrony

integralności moralnej osoby wykonującej zawód medyczny w sytuacji, gdy niektóre czynności niemające celu życiowo-zdrowotnego stają się częścią jej obowiązków zawodowych.

Poważne wątpliwości budzi obecnie zawężające interpretowanie prawa dziecka poczętego do życia i jednocześnie rozszerzające interpretowanie przesłanki zagrożenia życia lub ciężkiego rozstroju zdrowia matki, a szczególnie zagrożenia dla zdrowia psychicznego ciężarnej. Taka wykładnia wykracza poza sytuację bezpośredniego zagrożenia zdrowia, opiera się na nieprecyzyjnych przesłankach, nie zawiera dowodów na związek między ciążą a zagrożeniem dla życia lub zdrowia ciężarnej. W kontekście aborcji należy wyraźnie odróżnić depenalizację określonych działań (np. aborcji) od legalizacji oraz zagwarantowania ich realizacji. Depenalizacja oznacza niekaralność czynu (z zasady niemoralnego i nielegalnego), legalizacja nadaje określonej czynności status zgodności z prawem, a gwarancja prawna przyznaje określone uprawnienia i nakłada zobowiązania do ich respektowania i realizacji. W przypadku przerywania ciąży sytuacja prawna jest szczególnie zawiła. Kodeks karny przewiduje karę dla osób namawiających do aborcji lub ją przeprowadzających (z kary wyłącza matkę), ustawa o ochronie płodu legalizuje przerwanie ciąży w określonym zakresie (zagrożenie zdrowia i życia ciężarnej, ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego, art. 4a) i do pewnego stopnia uprawnia kobiety do jego realizacji w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (art. 4b). Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej nie ma zatem związku z depenalizacją aborcji zawartą w Kodeksie karnym, ale jest następstwem jej zagwarantowania jako świadczenia przysługującego kobietom w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, co w konsekwencji prowadzi do nałożenia obowiązku jego realizacji na lekarzy i innych członków personelu medycznego. W 2024 r. wprowadzono regulacje zobowiązujące pod karą finansową szpitale realizujące umowę z NFZ do wykonywania świadczeń przerwania ciąży (jeśli jest to zgodne z przepisami prawa) niezależnie od zgłoszenia sprzeciwu sumienia przez lekarza. W uzasadnieniu przyjęto założenie, że prawo do skorzystania ze sprzeciwu sumienia przysługuje tylko lekarzowi, ale nie podmiotowi (prawnemu) wykonującemu działalność leczniczą (jest to sprzeczne z rezolucją nr 1763 Rady Europy z dnia 7 października 2010 r., która wskazywała na konieczność ochrony prawa do sprzeciwu sumienia w szerszym zakresie niż tylko

osobisty (Pawlikowski, 2011). Gdyby nawet zgodzić się z poglądem, że wolność sumienia, w tym prawo do sprzeciwu sumienia, nie przysługuje osobom prawnym (np. szpitalom), to trudno odmówić takiego prawa osobom fizycznym kierującym oddziałem lub szpitalem (tym bardziej że zazwyczaj są to lekarze zobowiązani w swojej praktyce do przestrzegania reguł etyki medycznej, które obejmują również – zgodnie z art. 39 KEL – troskę o dziecko przed jego narodzeniem). Takie rozwiązanie budzi wątpliwości także z perspektywy zasady bezstronności światopoglądowej władz publicznych oraz może dyskryminować osoby na stanowiskach kierowniczych ze względu na ich przekonania. Nie ma podstaw, aby władze publiczne miały się opowiadać po stronie osób żądających możliwości naruszania życia ludzkiego (np. przez przerwanie ciąży), ograniczając jednocześnie wolność sumienia tych, którzy przyjmują pogląd przeciwny. Wykraczając poza przesłankę konieczności ochrony zdrowia i życia pacjenta, prawodawca naraża się na zarzut arbitralności w ograniczaniu podstawowej wolności człowieka, jaką jest swoboda postępowania zgodnie z sumieniem, naruszenia zasady równości wobec prawa oraz tworzenia podstaw do dyskryminacji świadczeniodawców ze względu na ich zawód, funkcję lub światopogląd (Pawlikowski, 2019).

W dyskusji wokół sprzeciwu sumienia w praktyce medycznej pojawiają się postulaty, aby wprowadzić klauzulę sumienia do ustaw regulujących wykonywanie innych niż lekarz i pielęgniarka zawodów medycznych (np. farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych, ratowników medycznych). Niektórzy próbują argumentować, że osoby wykonujące zawody, które nie posiadają „własnej" klauzuli sumienia, nie mogą korzystać z prawa do sprzeciwu sumienia, choć inni nie zgadzają się z tym stanowiskiem, wskazując, że prawo do postępowania zgodnie z sumieniem wynika z konstytucyjnej wolności sumienia, a nie z klauzuli sumienia. Brak ustawowej klauzuli sumienia nie może być przeszkodą w korzystaniu z wolności sumienia, ponieważ konstytucyjne przepisy dotyczące podstawowych praw człowieka są przepisami bezpośrednio stosowalnymi.

Problem pojawia szczególnie w odniesieniu do farmaceutów w związku ze sprzedażą środków wczesnoporonnych, postkoitalnych i antykoncepcyjnych. Niewątpliwie każdy człowiek, w tym farmaceuta, ma moralne i konstytucyjne prawo do postępowania zgodnie

z sumieniem. Istnieje jednak również obowiązek prawny posiadania w aptece preparatów, które zostały zarejestrowane jako produkty lecznicze lub wyroby medyczne, co ogranicza tę wolność i nie daje poczucia bezpieczeństwa prawnego dla obdżektorów. Stanowi to argument za wprowadzeniem klauzuli sumienia dla farmaceutów i ograniczenia prawa do sprzeciwu sumienia do sytuacji niezagrażających zdrowiu lub życiu pacjentów (Majchrowska i in., 2023). Drugim argumentem jest szeroki zakres zarejestrowanych produktów i wyrobów medycznych wykraczający poza produkty służące do diagnostyki, terapii lub profilaktyki zdrowotnej. Trzeci argument to pragmatyka równego traktowania osób wykonujących zawody medyczne, żeby nie doprowadzić do sytuacji, w której jedne osoby mogą skorzystać z klauzuli sumienia w odniesieniu do tej samej czynności, a drugie nie. Klauzula sumienia może się jednak również wiązać z pewnymi zobowiązaniami, np. obowiązkiem odnotowania sprzeciwu w dokumentacji medycznej. Wydaje się natomiast, że nie ma powodu, aby nakładać na farmaceutów obowiązek informacyjny dotyczący wskazania innej apteki – mógłby się on bowiem okazać niekonstytucyjny, podobnie jak się to stało w odniesieniu do analogicznego obowiązku lekarza, który został uchylony wyrokiem TK w 2015 r.

Podsumowując, główną przyczyną problemu sprzeciwu sumienia nie jest treść i forma przepisów w zakresie klauzuli sumienia, ale zakres i charakter obowiązków, które są przedmiotem sprzeciwu. Należy zatem zawsze badać, czy kontestowany obowiązek prawny jest usprawiedliwiony i wynika z troski o dobro wspólne lub ważne dobra innych osób. Żadna osoba nie powinna być instrumentem aktualnej polityki ideologicznej państwa, ale powinna mieć możliwość postępowania w zgodzie z własnym sumieniem, uniwersalnymi wartościami etycznymi, zasadami etyki zawodowej, a prawo stanowione powinno kształtować sprawiedliwe stosunki społeczne, troszcząc się o dobro wspólne.

Bibliografia

Jan Paweł II (1995). *Evangelium vitae*, 73 (AAS 87, 486–488).

Kościół katolicki (2000). *Katechizm Kościoła katolickiego: zrewidowany zgodnie z oficjalnym tekstem łacińskim ogłoszonym przez papieża Jana Pawła II*.

Majchrowska, A., Wiechetek, M., Pawlikowska, J. i in. (2023). Postawy społeczne wobec prawa farmaceuty do sprzeciwu sumienia – badania na populacji polskiej. *Farmacja Polska*, *79*, 723–733.

Moń, R. (2024). Sprzeciw sumienia. W: P. Mazurkiewicz, P. Burgoński, K. Sulej, J. Węgrzecki, & A. Wysocki (red.), *Słownik katolickiej nauki społecznej* (s. 321–322). Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.

Olszówka, M. (2019). Analiza projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy o diagnostyce laboratoryjnej oraz ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, zawartego w druku senackim nr 1034/IX kadencja (sprzeciw sumienia). *Studia z Prawa Wyznaniowego*, *22*, 349–377.

Papieska Rada Iustitia Et Pax (2005). *Kompendium nauki społecznej Kościoła*. Kielce. Pobrano z: http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/justpeace/documents/rc_pc_justpeace_doc_20060526_compendio-dott-soc_pl.html (dostęp: 09.04.2025).

Pawlikowski, J. (2011). Prawo do sprzeciwu sumienia w ramach legalnej opieki medycznej. Rezolucja nr 1763 zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z dnia 7 października 2010 roku. *Studia z Prawa Wyznaniowego*, *14*, 313–338.

Pawlikowski, J. (2019). Spór o medyczną klauzulę sumienia a konstytucyjne zasady równości i bezstronności światopoglądowej władz publicznych. *Studia z Prawa Wyznaniowego*, *22*, 41–82.

Pawlikowski, J. (2024). Wolność sumienia lekarza a prawa pacjenta – gwarancje i ograniczenia. *Medycyna Praktyczna*, wydanie specjalne: *Współczesne wyzwania etyki medycznej*, e47–e56.

Scendoni, R., Cingolani, M., Cembriani, F. i in. (2023). Over-the-counter emergency contraception in Italy: ethical reflections and medico-legal issues. *Frontiers in Global Womens Health*, *4*. DOI: 10.3389/fgwh.2023.1205208

Stanisz, P. (2008). Klauzula sumienia. W: A. Mezglewski, H. Misztal & P. Stanisz (red.), *Prawo wyznaniowe* (s. 104–111). Warszawa: C.H. Beck.

Sulmasy, D.P. (2008). What is conscience and why is respect for it so important? *Theoretical Medicine and Bioethics*, *29*(3), 135–149.

Szostek, A. (2014). Kategoria sumienia w etyce. W: P. Stanisz, J. Pawlikowski, & M. Ordon (red.), *Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej – aspekty etyczne i prawne* (s. 15–25). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Zoll, A. (2014). *Klauzula sumienia*. W: P. Stanisz, J. Pawlikowski, & M. Ordon (red.), *Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej – aspekty etyczne i prawne* (s. 77–86). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Sobczak, W. (2013). *Wolność myśli, sumienia i religii. Poszukiwanie standardu europejskiego*. Toruń: Dom Wydawniczy DUET.

Marek Czarkowski
WMCM Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa
https://orcid.org/0000-0001-6667-871X
https://doi.org/10.35765/slowniki.572

Etyka badań naukowych prowadzonych z udziałem ludzi

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Postęp w medycynie i naukach pokrewnych umożliwiają badania naukowe pozwalające opracować coraz doskonalsze metody zapobiegania chorobom oraz ich diagnozowania i leczenia. Badania te winny być prowadzone wedle uznanych standardów etycznych.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Standardy etyczne wypracowywano przez długi okres, odpowiadając na pojawiające się wciąż nowe wyzwania. Skandale towarzyszące niektórym badaniom naukowym przyczyniły się także do rozwoju tej dziedziny wiedzy.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Deontologia badań naukowych z udziałem ludzi wskazuje kluczowe powinności moralne (zasady etyczne), które winny honorować wszystkie podmioty zaangażowane w realizację badań wobec osób w nich uczestniczących.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Problematyczne jest prowadzenie badań naukowych na populacjach narażonych na pokrzywdzenie lub wykorzystanie: dotyczy to osób niezdolnych do samodzielnego wyrażenia zgody lub co do których istnieją uzasadnione obawy, że zgody mogą udzielić w sposób niedobrowolny, a także znajdujących się w sytuacji nierówności strukturalnych. Problematyczne jest również prowadzenie badań w sytuacji konfliktu interesów dotykających różnych podmiotów zaangażowanych w ich realizację. Dlatego tak istotna jest rola działających współcześnie komisji bioetycznych, które

opiniując projekt każdego badania naukowego oraz monitorując jego przebieg, odgrywają kluczową rolę w należytej ochronie praw, dobrostanu i interesów wszystkich uczestników badań, a w szczególności tych z populacji narażonych na pokrzywdzenie i wykorzystanie.

Słowa kluczowe: komisje bioetyczne, konflikt interesów

Definicja pojęcia

Postęp w medycynie i naukach pokrewnych jest możliwy dzięki prowadzeniu badań naukowych. Ten sposób zdobywania wiedzy umożliwia ludzkości opracowanie coraz doskonalszych metod zapobiegania chorobom oraz ich diagnozowania i leczenia. Ponieważ postęp naukowy nie powinien odbywać się kosztem osób uczestniczących w badaniach, opracowano szereg standardów postępowania przede wszystkim w zakresie etycznej realizacji badań.

Opieka zdrowotna to zorganizowane działanie określonego systemu świadczeń zdrowotnych opartych na instytucjach służby zdrowia, mające na celu zapewnienie zachowania dobrego stanu zdrowia lub jego przywrócenie w przypadku utraty, a gdy jest to niemożliwe – zmniejszenie skutków choroby i łagodzenie dolegliwości (Encyklopedia PWN). Wszędzie tam, gdzie jest to możliwe, w sprawowaniu opieki zdrowotnej wykorzystywane są wyniki już przeprowadzonych i wiarygodnych naukowych badań medycznych, do których zalicza się przede wszystkim randomizowane badania kliniczne oraz tzw. metaanalizy, czyli wiedzę uzyskiwaną w wyniku wtórnego, zbiorczego przeanalizowania wielu badań naukowych dotyczących tego samego zagadnienia (Wulff & Gotzsche, 2005). Badania naukowe prowadzone są przez wyspecjalizowanych pracowników instytucji i organizacji naukowych metodycznie, zgodnie z procedurami dochodzenia do twierdzeń, odkryć i wynalazków, ich weryfikacji i kontroli, przyjętymi w danej dyscyplinie i danej epoce historycznej (Encyklopedia PWN). Naukowe badania medyczne mają ściśle określoną tematykę, a warunki badania są celowo dobrane, precyzyjnie kontrolowane, szczegółowo udokumentowane i dają się wielokrotnie powtarzać w celu sprawdzenia trafności postawionej hipotezy badawczej i wzbogacenia ogólnej wiedzy naukowej (Zgółkowa, 1997).

Opieka zdrowotna różni się od badań naukowych pod kątem celów, metod i dopuszczalności stosowania. Cel opieki zdrowotnej realizowanej przez lekarza u konkretnego pacjenta to zapewnienie mu optymalnych w jego sytuacji metod profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych (The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979, dalej: BR). Najważniejszym kryterium celowości działania jest indywidualizacja podejścia do pacjenta, która umożliwia zapewnienie każdemu najlepszego (w jego

konkretnej sytuacji zdrowotnej) stanu zdrowia. Dlatego sposób sprawowania opieki nad pacjentami z tą samą chorobą może się różnić (np. z powodu innych współistniejących chorób). Metody profilaktyczne, diagnostyczne oraz lecznicze wykorzystywane w ramach opieki zdrowotnej są zweryfikowane pod kątem ich bezpieczeństwa i skuteczności przy pomocy badań naukowych lub – w przypadku stosowanych od dawna – praktyki medycznej. Celem badania naukowego natomiast jest sprawdzenie hipotezy badawczej, która na przykład zakłada, że zastosowana interwencja okaże się skuteczna i bezpieczna w leczeniu choroby X. Realizując badanie naukowe, lekarz-badacz musi dbać jednocześnie o zdrowie uczestnika (World Medical Association, 2024, dalej: DoH), ale zapewnienie mu optymalnych metod opieki nie stanowi celu badania i nie zawsze jest ono osiągalne. Jeśli pojawi się nadmierne ryzyko wystąpienia szkód zdrowotnych, to łączenie uczestnictwa w badaniu z opieką zdrowotną przestaje być możliwe i konieczne jest wycofanie uczestnika z badania.

Interwencyjne badanie naukowe realizuje się, przeprowadzając szereg ujednoliconych prób w celu wyciągnięcia ogólnych wniosków naukowych. Ujednolicenie prób oznacza, że każdy z uczestników powinien być jak najbardziej podobny do pozostałych, zwłaszcza pod kątem tych cech, które mogą mieć wpływ na będące tematem badania zmienne, oraz że stosowane interwencje będą przeprowadzane w jednakowy, wystandaryzowany sposób. Z tego powodu tylko niektórzy chorzy spośród całej puli osób chorujących na daną chorobę mogą wziąć udział w konkretnym badaniu. Drugi sposób ujednolicenia prób polega na zapewnieniu obiektywizmu badawczego. Osiąga się go na przykład poprzez, po pierwsze, losowy dobór uczestników do grup badanych (badacz ustala jedynie, czy potencjalny uczestnik pasuje pod kątem kryteriów włączenia i wyłączenia z badania, a ślepy los decyduje, do której grupy badanej trafi) oraz – po wtóre – poprzez podwójne zaślepienie badania (co oznacza, że ani uczestnik, ani badacz nie wie, która z testowanych interwencji jest stosowana u danego uczestnika) (Wulff & Gotzsche, 2005). Badanie naukowe wymaga, by część uczestników znalazła się w grupie kontrolnej, a pozostali w grupie badanej/grupach badanych (Wulff & Gotzsche, 2005). Grupa badana od kontrolnej różni się tym, że w grupie badanej stosuje się interwencję będącą celem badania, a w grupie kontrolnej pozoruje się stosowanie testowanej

interwencji – np. poprzez zastosowanie innej już uznanej, skutecznej interwencji, ale w sposób niemożliwy do odróżnienia od testowanej interwencji, albo poprzez zastosowanie placebo (Wulff & Gotzsche, 2005). Placebo to interwencja (substancja lub działanie), która nie ma wpływu na stan zdrowia pacjenta, ale jest podawana jako testowana interwencja (Wulff & Gotzsche, 2005).

W opiece zdrowotnej dopuszczalność stosowania zalecanych działań profilaktycznych, diagnostycznych czy leczniczych określają praktyka medyczna oraz wiedza medyczna. Nie oznacza to, że każde z działań jest w pełni bezpieczne i skuteczne, ale zwykle lekarz dysponuje wiarygodną lub uznaną wiedzą medyczną i może zaproponować najkorzystniejszy w danej sytuacji zdrowotnej sposób postępowania. Bardzo wiele procedur medycznych stwarza ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych, ale ryzyka te są zwykle zbadane i znane. Wiadomo również, jak należy postępować w sytuacji, gdy dane zdarzenie niepożądane wystąpi.

Potrzeba rozwoju i doskonalenia sposobów sprawowania opieki zdrowotnej wymaga prowadzenia badań naukowych, które nie są żadną formą opieki zdrowotnej (BR). W badaniach naukowych testowane interwencje są niedostatecznie zbadane pod kątem ich skuteczności i bezpieczeństwa, a dopuszczalność realizacji każdego badania opiera się na wiedzy uzyskanej z wcześniejszych badań naukowych oraz obowiązujących kryteriach etycznej realizacji badań. Uczestnicy badań trafiają do różnych grup z losowo dobranymi interwencjami i choćby z tego powodu indywidualizacja i optymalizacja opieki zdrowotnej nie jest możliwa. W badaniach naukowych występuje także ryzyko odniesienia szkód niemożliwych do przewidzenia (Council for International Organizations of Medical Sciences, 2016, dalej: CIOMS).

Wśród uczestników badań naukowych, a czasami nawet pośród badaczy i innych podmiotów występuje zjawisko nieporozumienia leczniczego, które polega na traktowaniu naukowych badań medycznych jako nowej formy opieki zdrowotnej oraz na fałszywym przekonaniu, że udział w naukowym badaniu medycznym na pewno przyniesie uczestnikom bezpośrednie korzyści (Kimmelmann, 2007). Nie wolno mylić opieki zdrowotnej z naukowymi badaniami medycznymi. Zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej jest jednym z przysługujących nam praw człowieka, a realizacja badań naukowych – sposobem zdobywania

nowej wiedzy medycznej, w którym uczestniczyć powinni (lub w zastępstwie decydować o ich udziale) jedynie wolni (niezależni) i świadomi zagrożeń ludzie.

Analiza historyczna pojęcia

Do początków XX wieku badacze realizowali badania z udziałem ludzi, opierając się na potocznej moralności i zawartej w *Kazaniu na górze* zasadzie: „Wszystko, co chcecie, żeby ludzie wam czynili, sami też im czyńcie" (Łk 6,31). Skandaliczne i nieludzkie eksperymenty prowadzone przez niemieckich lekarzy w czasach III Rzeszy Niemieckiej spowodowały opracowanie pierwszego międzynarodowego kodeksu etycznego – Kodeksu norymberskiego, w którym określono zasady realizacji badań naukowych z udziałem ludzi (Mitscherlich & Mielke, 1963). W dalszym doskonaleniu standardów pomagały kolejne opracowania wielokrotnie zmienianej Deklaracji helsińskiej Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (DoH), której pierwsza wersja została opublikowana w 1964 r. Kolejnym kamieniem milowym w rozwoju etyki badań naukowych prowadzonych z udziałem ludzi był opracowany w USA w 1979 r. Raport z Belmont (BR). Jego szczególna wartość polega na wskazaniu trzech kardynalnych zasad etycznych (szacunku dla uczestnika badania, dobroczynienia i sprawiedliwości) oraz „narzędzi" służących w praktyce do realizacji tych zasad (świadomej i dobrowolnej zgody, oceny ryzyka i korzyści oraz sposobu doboru uczestników badania). W 1982 r. powstała pierwsza wersja (propozycja) międzynarodowych wytycznych w zakresie badań biomedycznych z udziałem ludzi, opracowana wspólnie przez Światową Organizację Zdrowia oraz Radę Międzynarodowych Organizacji Nauk Medycznych. Ten zbiór wytycznych był nowelizowany pięciokrotnie, a aktualna wersja jest najszerszym opracowaniem etycznych standardów odnoszących się do różnych rodzajów naukowych badań dotyczących zdrowia (badań obserwacyjnych, klinicznych, biobankowania oraz epidemiologicznych) (CIOMS). Poza wytycznymi zawiera także rozbudowane komentarze. Rada Europy w 1997 r. przedstawiła europejską wersję praw człowieka obowiązujących w biomedycynie (Council of Europe, 1997, dalej: OC), która w 2005 r. została uzupełniona przez protokół dodatkowy dotyczący biomedycznych badań naukowych

(Council of Europe, 2005, dalej: APOC). W świetle wymienionych wyżej zbiorów wytycznych Kodeks etyki lekarskiej zawiera skromny zasób powinności etycznych. Krajowi lekarze i inni badacze powinni także stosować się do Deklaracji helsińskiej, która zawiera więcej szczegółowych zaleceń.

Ujęcie problemowe pojęcia

Do kardynalnych deontologicznych zasad etycznych obowiązujących w badaniach naukowych z udziałem ludzi należą:

- zasada prymatu istoty ludzkiej,
- zasada szacunku dla uczestnika badania naukowego,
- zasady dobroczynienia i niekrzywdzenia,
- zasada sprawiedliwości.

Zasada prymatu istoty ludzkiej określa, kiedy udział uczestników w badaniach naukowych jest dozwolony. Może – i powinna być – rozumiana w dwojaki sposób. Po pierwsze badania naukowe z udziałem ludzi są dozwolone dopiero wówczas, gdy zostaną wyczerpane wszystkie inne znane metody badawcze (badania laboratoryjne, *in vitro*, badania na zwierzętach), a dalsze poszerzanie wiedzy jest celowe i leży w interesie ludzi oraz nauki (OC; APOC). Dziś mało kto pamięta, że zasada ta była naruszana w ostatnim trzydziestoleciu ubiegłego wieku podczas opracowywania metod sztucznej prokreacji – metoda sztucznego zapłodnienia kobiet została przetestowana w 1977 r., a szympansic dopiero w 1983 r.; docytoplazmatyczna iniekcja plemnika została przetestowana na materiale ludzkim w 1992 r., u myszy w 1995 r., a u innego naczelnego dopiero w 1997 r. (R&R). Po drugie godność, dobrostan, bezpieczeństwo i prawa uczestników są nadrzędne nad jakimikolwiek innymi interesami, w tym interesem nauki i społecznym (OC; APOC; DoH; CIOMS). W III Rzeszy Niemieckiej prowadzono nieludzkie eksperymenty medyczne. Niemieccy lekarze zakładali, że w trakcie badania świadomie i celowo doprowadzą do śmierci lub trwałych szkód zdrowotnych u ich uczestników (Mitscherlich & Mielke, 1963). Takie działanie naruszało przede wszystkim zasadę prymatu istoty ludzkiej. Współcześnie także czasami pojawia się pokusa pominięcia standardów etycznych motywowana np. ważnym interesem społecznym. Tak

było w czasie pandemii COVID-19 i dlatego podczas ostatniej nowelizacji Deklaracji helsińskiej przypomniano, że żadne inne cele nigdy nie mogą mieć pierwszeństwa przed prawami i interesami poszczególnych uczestników badań (Resneck, 2024). Nie chodziło tutaj o celowe działania na szkodę uczestników, lecz o przyspieszanie procedur badawczych. Powyższa kategoryczna interpretacja zasady prymatu istoty ludzkiej jest wolna od dylematów, jakie pojawiają przy próbach liberalizacji interpretacji tej zasady.

Zasada szacunku dla uczestnika badania naukowego zawiera dwa postulaty moralne (BR). Pierwszym jest zasada poszanowania autonomii uczestnika badania. Ponieważ nie każdy uczestnik badania może w pełni niezależnie i świadomie korzystać z zasady poszanowania autonomii, drugi postulat moralny został sformułowany w celu specjalnej ochrony tej licznej grupy potencjalnych uczestników badań naukowych (BR). Badania naukowe z udziałem osób niezdolnych do samodzielnego wyrażenia zgody lub osób formalnie zdolnych do udzielenia świadomej zgody, ale narażonych na niedozwolone naciski, które mogą spowodować, że zgoda nie będzie dobrowolna, są dopuszczalne jedynie w wyjątkowych sytuacjach i po spełnieniu określonych dodatkowych wymogów etycznych (OC; APOC; DoH). Po pierwsze udział w badaniu naukowym osób niezdolnych do samodzielnego i dobrowolnego decydowania o swojej przyszłości powinien być cechą konieczną do osiągnięcia celów badania. A w przypadku badań naukowych, które nie zakładają rzeczywistej i bezpośredniej korzyści dla zdrowia uczestników, badanie powinno rokować znaczny postęp wiedzy naukowej i bezpośrednią korzyść dla innych osób tej samej kategorii wiekowej albo dotkniętych tą samą chorobą lub zaburzeniami, albo o tym samym stanie zdrowia oraz jednocześnie stwarzać jedynie minimalne ryzyko i obciążenie dla uczestników.

Zasada poszanowania autonomii oznacza, że potencjalny uczestnik może samodzielnie decydować w sprawie swojego udziału w badaniu naukowym. Każda pełnoletnia, niezależna, nieubezwłasnowolniona i posiadająca zdolność do działania z rozeznaniem osoba powinna sama zdecydować o swoim ewentualnym udziale w tego rodzaju przedsięwzięciu. Udział w badaniu naukowym nie należy do typowych rodzajów powszedniej aktywności człowieka ani nie jest do takich aktywności podobny. Oznacza to, że aby móc podjąć roztropną decyzję, decydent

musi wcześniej zostać poinformowany o wszystkich istotnych aspektach danego badania naukowego (OC; APOC; DoH; CIOMS; BR). Procedura uzyskania świadomej i dobrowolnej zgody wymaga zatem uprzedniego, odpowiedniego poinformowania potencjalnego uczestnika o celach, metodach, przewidywanych korzyściach oraz potencjalnych ryzykach i obciążeniach, kwalifikacjach badacza, źródłach finansowania, wszelkich potencjalnych konfliktach interesów, postanowieniach mających na celu ochronę prywatności i poufności, zachętach dla uczestników, postanowieniach dotyczących leczenia i/lub odszkodowania dla uczestników, którzy ponieśli szkodę w wyniku udziału w badaniu, oraz wszelkich innych istotnych aspektach badania (DoH). Informacja musi być prawdziwa, wyczerpująca, jasna, odpowiednia i zrozumiała dla przeciętnego laika. Informacje, o których mowa powyżej, przedstawia się w formie pisemnej, ponieważ każdy potencjalny uczestnik badania powinien być wyczerpująco i w ujednolicony sposób poinformowany, a druk informacji, pozostając u uczestnika badania, stanowi dowód formy i zakresu informacji przekazanych przed uzyskaniem świadomej i dobrowolnej zgody (CIOMS). Osoba, która będzie przekazywać informacje oraz odbierać świadomą zgodę, powinna dobrze znać tematykę badania oraz posiadać umiejętność łatwego komunikowania się z potencjalnymi uczestnikami (CIOMS). Najlepiej, by taką osobą był lekarz-badacz realizujący badanie naukowe lub inna osoba odpowiednio wykształcona i przygotowana przez badacza do tej roli. Na tej osobie ciąży także obowiązek sprawdzenia, czy wszystkie przekazane informacje zostały przez potencjalnego uczestnika badania prawidłowo zrozumiane (CIOMS). Weryfikacja jego wiedzy polega na zadaniu kilku pytań i ocenie poprawności udzielonych odpowiedzi.

Proces uzyskiwania zgody na udział w badaniu naukowym składa się z kilku etapów (CIOMS). Pierwszym jest zaproszenie potencjalnego uczestnika do badania naukowego, w czasie którego badacz informuje o najważniejszych jego aspektach oraz wyjaśnia, dlaczego zwraca się z tą propozycją do danej osoby. Drugi etap polega na przekazaniu potencjalnemu uczestnikowi przygotowanego wcześniej druku zawierającego informację o badaniu. Potencjalny uczestnik powinien uważnie przeczytać informację, zaznaczając niezrozumiałe fragmenty i zapisując pytania, jakie chciałby zadać badaczowi. Ten etap wymaga czasu, spokoju i uważnej lektury. Dopiero po nim może odbyć się spotkanie

zorganizowane w celu wyjaśnienia niejasnych fragmentów oraz udzielenia odpowiedzi na pytania. Po sprawdzeniu przez badacza, że informacje zostały prawidłowo zrozumiane przez potencjalnego uczestnika, można go poprosić o podjęcie decyzji w sprawie udziału w badaniu naukowym.

Decyzja dotycząca udziału musi być podjęta samodzielnie przez potencjalnego uczestnika i w sposób całkowicie dobrowolny (DoH; CIOMS). Nie wolno zatem przymuszać ani namawiać, ani przekupywać (poprzez niedozwolone zachęty, np. finansowe) potencjalnego uczestnika badania. Najbardziej niebezpieczną metodą wykluczającą dobrowolny charakter zgody jest manipulacja, ponieważ w odróżnieniu od wcześniej wymienionych niedozwolonych metod potencjalny uczestnik nie orientuje się, że jej podlega. Manipulacja polega na naginaniu, przeinaczaniu lub wprost podawaniu nieprawdziwych informacji albo wzbudzaniu nierealistycznych nadziei w celu uzyskania określonej decyzji potencjalnego uczestnika badania naukowego. Wątpliwości etyczne budzi także zgoda potencjalnego uczestnika badania, która jest skutkiem pozostawania tej osoby w relacji silnej zależności od lekarza-badacza. Głęboka wdzięczność albo strach przed utratą dobrych relacji z lekarzem nie mogą stanowić uzasadnienia dla zgody na udział w badaniu. W tym ostatnim przypadku zaleca się, aby procedurę świadomej zgody przeprowadziła odpowiednio wykwalifikowana osoba, która nie ma nic wspólnego z relacjami łączącymi potencjalnego uczestnika z lekarzem prowadzącym badanie (DoH).

Każda świadoma zgoda musi zostać udokumentowana w formie pisemnej albo elektronicznej (DoH). Jeśli osoba nie jest w stanie wyrazić swojej woli w wymaganej formie, ale jest zdolna do wyrażenia swojej decyzji w inny sposób (np. ustnie), to takie oświadczenie woli powinno zostać złożone w obecności przynajmniej jednego świadka niepowiązanego z podmiotami zaangażowanymi w realizację badania naukowego, który poświadczy na piśmie fakt wyrażenia bądź niewyrażenia zgody (DoH).

Ponieważ nie wszyscy uczestnicy badań naukowych mogą samodzielnie wyrażać zgodę na udział w badaniu, opracowano dwie inne formy zgody. Pierwszą jest zgoda równoległa (kumulatywna, podwójna). Przykładowo w eksperymentach medycznych dotyczy osób małoletnich, które ukończyły 13. rok życia, oraz osób ubezwłasnowolnionych,

które są zdolne wypowiedzieć się z rozeznaniem w sprawie swojego udziału w badaniu naukowym (UZLLD). W tej formie zgody decyzja potencjalnego uczestnika nie jest wystarczająca, ponieważ dodatkowo konieczne jest uzyskanie zgody obydwojga rodziców albo kuratorów lub opiekunów osób ubezwłasnowolnionych (UZLLD). Drugą formą jest zgoda zastępcza. Stosuje się ją, gdy potencjalny uczestnik nie jest zdolny do działania z rozeznaniem i wówczas decyzję w jego imieniu podejmują inne uprawnione podmioty (UZLLD). Są nimi przedstawiciele ustawowi takich osób lub jest nim sąd, gdy potencjalny uczestnik nie ma przedstawiciela ustawowego (UZLLD). W przypadku małoletnich poniżej 13. roku życia przedstawicielami ustawowymi są rodzice, ubezwłasnowolnionych częściowo – kuratorzy, a ubezwłasnowolnionych całkowicie – opiekunowie (KRiO). Osoby pełnoletnie i nieubezwłasnowolnione, ale niezdolne do działania z rozeznaniem np. z powodu śpiączki nie posiadają żadnego przedstawiciela ustawowego i wówczas decyzję o udziale takiego pacjenta w badaniu naukowym podejmuje sąd (UZLLD). Świadoma i dobrowolna zgoda na udział w badaniu naukowym jest podstawowym narzędziem służącym do realizacji zasady poszanowania autonomii. Zarówno w przypadku zgody równoległej, jak i – tym bardziej – w przypadku zgody zastępczej trudno mówić o stosowaniu zasady poszanowania autonomii uczestnika badania. W tych okolicznościach konieczne jest przestrzeganie drugiego postulatu etycznego zasady szacunku dla uczestnika badania, o którym była mowa powyżej. Niezależnie od obowiązku przestrzegania drugiego postulatu etycznego zasady szacunku dla osoby konieczne jest również przestrzeganie dodatkowego nakazu etycznego. Osoby niezdolne do samodzielnego wyrażenia zgody na udział w badaniu naukowym można podzielić na dwie grupy. Do pierwszej zaliczamy takie, które wcześniej były zdolne do działania z rozeznaniem, posiadały własny światopogląd i wyrażały własne opinie. Skoro tak, to podmioty uprawnione do udzielenia zgody zastępczej powinny preferencje i wartości wyrażane wcześniej przez potencjalnego uczestnika uwzględnić i zdecydować zgodnie z jego domniemaną wolą (CIOMS; DoH). Do drugiej grupy zaliczamy potencjalnych uczestników badań naukowych, którzy albo z racji zbyt młodego wieku, albo wrodzonej lub nabytej poważnej niepełnosprawności intelektualnej nigdy wcześniej nie byli zdolni do posiadania własnego światopoglądu. W stosunku do tych osób podmiot uprawniony do

wyrażenia zgody powinien kierować się zasadą działania w najlepszym interesie potencjalnego uczestnika, tak jak ten interes rozumie podmiot uprawniony. Zgody zastępcze wyrażane w najlepszym interesie potencjalnych uczestników budzą największe wątpliwości etyczne, ponieważ zależnie od preferencji i wartości wyrażanych przez danego decydenta decyzje mogą się skrajnie różnić (w przypadku tego samego uczestnika jeden może wyrazić zgodę, a inny nie). Dotychczas nie udało się zaproponować lepszej metody włączania tych osób do badań naukowych.

W wyjątkowych i obwarowanych szeregiem dodatkowych ograniczeń okolicznościach można rozpoczynać badania naukowe bez uprzedniej zgody (CIOMS; DoH).

Każdemu uczestnikowi badania naukowego przysługuje prawo do wycofania zgody na udział w badaniu naukowym w dowolnym momencie i bez podawania przyczyny. Jeśli natychmiastowe wyłączenie uczestnika z badania naukowego nie jest możliwe, ponieważ byłoby to niebezpieczne dla zdrowia uczestnika, o tym fakcie należy uprzedzić potencjalnego uczestnika badania w momencie, gdy zwracamy się o wyrażenie zgody na udział w badaniu (CIOMS; DoH; BR; APOC).

Kolejnymi kardynalnymi zasadami etycznymi są: zasada dobroczynienia oraz zasada niekrzywdzenia (nieszkodzenia) (BR; DoH; CIOMS). Pierwsza z nich jest nakazem, a druga zakazem moralnym, co powoduje, że mogą ze sobą wchodzić w konflikt, który czasami przyjmuje postać dylematu etycznego. Zasada dobroczynienia nakazuje maksymalizowanie korzyści dla uczestników badania, co w praktyce polega na naukowo uzasadnionym, precyzyjnym zaprojektowaniu i realizacji badania naukowego. Badacze powinni posiadać odpowiednio wysokie kwalifikacje w zakresie wiedzy, umiejętności i doświadczenia. Powinnością badaczy jest ochrona życia, zdrowia, godności, integralności, autonomii, prywatności i poufności danych osobowych uczestników badań (DoH). Zasada niekrzywdzenia zakazuje celowego wyrządzania szkód uczestnikom badań, nawet jeśli w wyniku tego inni ludzie mogliby otrzymać wymierne korzyści. Szkody w badaniach naukowych mogą występować, ale jedynie jako niezamierzone i wynikające z eksperymentalnego charakteru badania. Jeśli badacz jest świadom, jakie potencjalne szkody zdrowotne mogą wystąpić w danym projekcie badania, powinien zaplanować sposób ich minimalizowania, co zwykle polega na opracowaniu metod szybkiego i skutecznego ich diagnozowania i leczenia.

Zasada niekrzywdzenia zakazuje również pozbawiania uczestników badania korzyści wynikających z udziału w badaniu (DoH). Oprócz ryzyka wystąpienia szkód uczestnicy badań naukowych są dodatkowo narażeni na różne niedogodności (obciążenia) (DoH). Są nimi obowiązki, jakie badacz nakłada na uczestnika badania, np. konieczność przestrzegania różnych zaleceń (terminowe zgłaszanie się na kolejne wizyty, stosowanie specjalnej diety, zakaz korzystania z używek, nakaz regularnego przyjmowania leków itp.). Szkody, na jakie narażeni są uczestnicy badań naukowych, nie ograniczają się jedynie do szkód zdrowotnych – fizycznych (polegających np. na poniesieniu trwałych lub przemijających uszczerbków na zdrowiu) albo psychicznych (polegających np. na negatywnym postrzeganiu siebie, występowaniu przykrych przeżyć takich jak strach, wstyd czy poczucie winy) (BR; CIOMS; Freeman, Romero & Kanade, 2006). Są nimi także szkody dotyczące sfery stosunków społecznych polegające na pojawieniu się niekorzystnych zachowań w obrębie relacji międzyludzkich, takich jak stygmatyzacja czy ostracyzm, albo szkody dotyczące godności osobistej polegające na naruszaniu prywatności, ujawnieniu danych osobowych itp. (BR; CIOMS; Freeman, Romero & Kanade, 2006). Znacznie rzadziej występują szkody materialne związane z bezpośrednimi lub pośrednimi stratami finansowymi (np. utratą pracy) lub szkody prawne, takie jak oskarżenie, aresztowanie lub proces sądowy (BR; Freeman, Romero & Kanade, 2006).

Ryzyko w badaniach naukowych odpowiada iloczynowi dwóch czynników – prawdopodobieństwa wystąpienia określonej szkody oraz rozmiaru tej szkody (BR; CIOMS). W zależności od tego, z jakim rodzajem badania naukowego mamy do czynienia, szacowanie rozmiarów ryzyka odbywa się w dwojaki sposób. W przypadku badań naukowych, które zakładają potencjalną bezpośrednią korzyść dla uczestników badania, po pierwsze szacuje się stosunek ryzyk i obciążeń względem potencjalnych korzyści i po drugie ocenia się, o ile ryzyko i obciążenia nowej testowanej interwencji są wyższe od ryzyka i obciążeń standardowego postepowania (CIOMS). W badaniach naukowych niezakładających potencjalnej korzyści dla uczestników, a mających na celu zdobycie nowej wiedzy naukowej lub uzyskanie korzyści dla innych osób, obowiązuje standard minimalnego ryzyka (CIOMS). Za minimalne ryzyko uważa się takie, którego prawdopodobieństwo wystąpienia oraz

wielkość szkody możliwej do przewidzenia w danym badaniu nie jest większe od tego, które zwykle towarzyszy codziennemu życiu lub rutynowym badaniom lekarskim czy laboratoryjnym (CIOMS). Zaproponowana gradacja ryzyka obejmuje trzy kategorie: optymalne dla uczestników badania to takie, w których ryzyko nie jest wyższe niż ryzyko minimalne. W niektórych badaniach naukowych zakładających potencjalną bezpośrednią korzyść dla uczestników, którzy samodzielnie i dobrowolnie wyrażają zgodę, możliwe jest zaakceptowanie badania obarczonego ryzykiem umiarkowanym, czyli wyższym niż minimalne. Niedopuszczalne jest natomiast realizowanie badań obarczonych ryzykiem wyższym niż umiarkowane.

Korzyść w badaniu naukowym należy rozumieć jako wartość związaną ze zdrowiem uczestnika badania lub z poszerzeniem ogólnej wiedzy medycznej. Gradacja korzyści w badaniach naukowych jest następująca. Za najbardziej korzystne dla uczestników uważa się te badania, które stwarzają szansę na uzyskanie bezpośredniej korzyści dla osób biorących w nich udział. Korzyść drugiego stopnia polega na możliwości uzyskania jedynie wiedzy na temat badanej choroby lub sytuacji klinicznej, która może okazać się przydatna dla uczestników badania w przyszłości. Korzyść trzeciego stopnia nie dotyczy uczestników badania, ale zakłada możliwość zdobycia wiedzy na temat badanej choroby lub sytuacji klinicznej istotnej dla przyszłych chorych. Zasady dobroczynienia i niekrzywdzenia będą najlepiej realizowane, jeśli uczestnicy badania nie będą narażeni na ryzyko i obciążenia większe niż minimalne i jednocześnie będą mieli jak najwyższe prawdopodobieństwo uzyskania bezpośredniej korzyści w związku z udziałem w badaniu. Stosunek ryzyka i obciążeń do potencjalnych korzyści może się zmieniać zależnie od napływu nowych informacji w trakcie realizacji badania lub w związku z ogólnym postępem wiedzy medycznej (CIOMS; DoH). Z tego powodu jego ocena musi być ciągle monitorowana, co oznacza, że ocena etycznej dopuszczalności badania nie może być wykonywana jedynie raz, przed rozpoczęciem fazy klinicznej, ale powinna być analizowana przez cały czas trwania badania (CIOMS; DoH). W praktyce sprowadza się to do obowiązku raportowania do organu, który wyraził zgodę na rozpoczęcie badania, każdego zdarzenia niepożądanego oraz zgłaszania każdej zmiany w dokumentacji badania, która mogłaby mieć niekorzystny wpływ na bezpieczeństwo uczestników badania. Jeśli

w trakcie badania zostanie wykazane, że ryzyka i obciążenia przeważają nad potencjalnymi korzyściami lub gdy pojawi się rozstrzygający dowód wskazujący, jaki będzie ostateczny wynik badania, konieczne jest ustalenie, czy należy kontynuować, zmodyfikować, czy też natychmiast przerwać badanie naukowe (DoH). Decyzję tę powinien podejmować organ niezależny od badacza, sponsora i innych mogących być w konflikcie interesów podmiotów.

Zasada dobroczynienia nakazuje również, by korzyści, ryzyka, obciążenia i skuteczność nowej interwencji zostały porównane w grupie kontrolnej do korzyści, ryzyk, obciążeń i skuteczności najlepszej sprawdzonej interwencji (DoH). Odstąpienie od tej zasady jest konieczne, gdy nie istnieje żadna sprawdzona interwencja i wówczas stosowanie w grupie kontrolnej zarówno placebo, jak i niezastosowanie żadnej interwencji jest dopuszczalne. Drugim wyjątkiem, do którego należy podchodzić z najwyższą ostrożnością, aby go nie nadużywać, jest sytuacja, w której z przekonujących i uzasadnionych naukowo powodów metodologicznych zastosowanie interwencji innej niż najlepsza sprawdzona lub zastosowanie placebo, lub brak interwencji są konieczne do określenia skuteczności lub bezpieczeństwa testowanej interwencji (DoH). Jednak z opcji tej nie wolno skorzystać, jeśli uczestnicy w grupie kontrolnej zostaliby narażeni na dodatkowe ryzyka doznania poważnej lub nieodwracalnej szkody w wyniku nieotrzymania najlepszej sprawdzonej interwencji (DoH).

Ponieważ nie jest możliwe zagwarantowanie, że udział w badaniu naukowym nie spowoduje szkód zdrowotnych, każdej poszkodowanej osobie przysługuje stosowne odszkodowanie (DoH). Zapewnia się je zwykle poprzez wprowadzenie obowiązku ubezpieczenia badania przez sponsora i/lub badacza (UZLLD). Uczestnicy, których stan zdrowia pogorszy się w związku z udziałem w badaniu, powinni mieć zapewniony dostęp do bezpłatnego leczenia i opieki (DoH).

Zasada sprawiedliwości nakłada na badaczy etyczną powinność traktowania każdego potencjalnego uczestnika w sposób właściwy, zgodnie z tym, co jest mu należne, czyli w sposób bezstronny i w zgodzie z zasadą równego traktowania (CIOMS). Nie będzie ona realizowana, jeśli uczestnik zostanie pozbawiony korzyści, które mu przysługują bez wyraźnego powodu, albo jeśli będzie narażony na nieproporcjonalne ryzyka i obciążenia (CIOMS). Zasada sprawiedliwości nakazuje, by

dobór uczestników do badania naukowego odbywał się bez jakiejkolwiek dyskryminacji (CIOMS). Jedynymi kryteriami selekcjonującymi potencjalnych uczestników mogą – i powinny być – ściśle merytoryczne, naukowe kryteria włączenia i wyłączenia z badania wynikające z protokołu badania (CIOMS). Stosowanie innych kryteriów (np. łatwości rekrutacji spośród biednych, słabo wykształconych społeczności lub osób niemających dostępu do opieki zdrowotnej) nie powinno mieć miejsca (CIOMS).

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Prowadzenie badań naukowych na populacjach narażonych na pokrzywdzenie lub wykorzystanie rodzi szereg dodatkowych wyzwań przed badaczami i innymi podmiotami zaangażowanymi w realizowanie badań naukowych. Współcześnie lista wszystkich populacji narażonych na pokrzywdzenie lub wykorzystanie przekracza kilkadziesiąt (Bracken-Roche i in., 2017). Do najważniejszych należy zaliczyć populacje osób niezdolnych do samodzielnego wyrażenia zgody, populacje osób, co do których istnieją uzasadnione obawy, że zgody mogą udzielić w sposób niedobrowolny (mogą to być osoby zdolne do samodzielnego wyrażenia zgody, np. pacjenci, którzy z racji swojego stanu zdrowia wymagają pomocy innych osób, czyli pensjonariusze hospicjów, domów dla przewlekle chorych, ciężko chorzy w szpitalach), a także liczna grupa populacji, których przedstawiciele znajdują się w sytuacji nierówności strukturalnych, przez co należy rozumieć systemowe i zakorzenione dysproporcje w strukturach społecznych, skutkujące nierównym dostępem do zasobów, możliwości i praw dla różnych grup potencjalnych uczestników badań. Dotychczasowy sposób ochrony tych populacji polegał przede wszystkim na udoskonalaniu drugiej składowej zasady szacunku dla osoby poprzez rozbudowywanie i uszczegóławianie kryteriów dopuszczalności realizacji takich badań. Obecnie zwraca się uwagę, że nadmierne chronienie populacji, szczególnie tych znajdujących się w sytuacjach nierówności strukturalnych, może okazać się niekorzystne także dla przedstawicieli tych populacji (Resneck, 2024). Stąd apel, by badacze, a przede wszystkim członkowie komisji

bioetycznych, dokładnie rozważali, sposób, w jaki rozłożone są korzyści, ryzyka i obciążenia w tych sytuacjach (DoH). Pomocne w ustaleniu właściwego sposobu postępowania powinno być nawiązywanie kontaktów z przedstawicielami tych populacji jeszcze przed zaplanowaniem badania naukowego w celu umożliwienia im komunikowania swoich priorytetów i wartości; uczestniczenia w projektowaniu badań, a później także w ich realizacji oraz w zrozumieniu i rozpowszechnianiu wyników (DoH).

Jednym z większych wyzwań etycznych stojących przed podmiotami zamierzającymi realizować badania naukowe z udziałem ludzi jest zjawisko konfliktu interesów, występujące wówczas, gdy u podmiotu zaangażowanego w realizację badania naukowego pojawią się inne interesy mogące zaburzyć etyczną realizację badania (CIOMS; RNBAC). Zjawisko konfliktu interesów ma miejsce w każdej sytuacji, w której pojawiają się interesy konkurujące z etyczną powinnością realizacji badania naukowego. Podmiotem, który jest szczególnie narażony na pokrzywdzenie przez zjawisko konfliktu interesów, są uczestnicy badań naukowych. Wszystkie inne podmioty zaangażowane w realizację i publikowanie wyników badań naukowych z udziałem ludzi – takie jak: badacze, zarząd i pracownicy ośrodków badawczych, sponsorzy badań, dyrektorzy instytutów naukowo-badawczych, rektorzy wyższych uczelni, dyrektorzy szpitali, poradni, hospicjów, redaktorzy i wydawcy pism medycznych – mogą znajdować się w konflikcie interesów. Ci ostatni nie zagrażają uczestnikom badań naukowych, ale odmawiając publikacji badań zawierających negatywne lub niejednoznaczne wyniki, działają wbrew interesowi nauki i społecznemu (DoH). Zarządzanie konfliktem interesów nie jest proste. Po pierwsze często bardzo trudno to zjawisko wykryć. W tym przypadku stosowane są następujące metody. Po pierwsze istnieją stanowiska funkcyjne, których piastowanie powoduje wystąpienie konfliktu interesów. W przypadku osób zatrudnionych na tych stanowiskach najlepszą metodą jest pozbawienie ich wpływu na sposób realizacji badań naukowych (np. rektor uczelni, dyrektor szpitala nie powinni być członkami komisji bioetycznych). Druga metoda polega na dobrowolnym zgłoszeniu przez osobę faktu znajdowania się w konflikcie interesów, a w innych sytuacjach obowiązku złożenia oświadczenia w sprawie konfliktu interesów. W przypadku tej drugiej metody osoby zgłaszające konflikt interesów mogą być traktowane w różny sposób.

Na przykład kandydaci na członków komisji bioetycznych zgłaszający konflikt interesów mogą być eliminowani z grona kandydatów, podczas gdy zgłaszający konflikt interesów autorzy zamierzający opublikować wyniki badania naukowego w fachowej prasie mogą liczyć na ukazanie się artykułu, ale z załączonym oświadczeniem o konflikcie interesów. Unikanie zgłaszania konfliktu interesów lub składanie fałszywych oświadczeń o jego braku jest niedozwolone. Podmiotem, który zawsze powinien zostać w pierwszej kolejności poinformowany o zagrożeniu konfliktem interesów, są potencjalni i faktyczni uczestnicy badań naukowych. Ta informacja powinna być przekazana podczas procedury świadomej zgody na udział w badaniu naukowym, a w przypadku konfliktów interesów pojawiających się w trakcie badania w momencie, w którym to następuje (CIOMS). Stwarza to uczestnikom możliwość nieudzielenia zgody lub wycofania zgody na udział w już toczącym się badaniu, co jest najlepszym sposobem uniknięcia szkód wynikających ze zjawiska konfliktu interesów.

Na historię rozwoju etyki badań naukowych z udziałem ludzi składa się wiele przełomowych momentów, które czasami poprzedzały skandale towarzyszące realizacji badań naukowych. Z biegiem lat udoskonalano system ochrony dobrostanu, praw i interesów uczestników badań naukowych. Obecnie tworzą go:

1. międzynarodowe i krajowe kodeksy etyczne (np. Deklaracja helsińska WMA, Kodeks etyki lekarskiej),
2. międzynarodowe i krajowe przepisy prawa (np. przepisy prawa unijnego dotyczące badań klinicznych produktów klinicznych lub wyrobów medycznych oraz krajowe przepisy takie jak: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty),
3. sieć niezależnych komisji bioetycznych.

Dopiero w wersji Deklaracji helsińskiej z 1975 r. wskazano na potrzebę istnienia komisji bioetycznych (Shephard, 1976). W różnych krajach i w różnych dokumentach komisje te mają różne nazwy – w niniejszym tekście stosowane jest obowiązujące w polskich realiach nazewnictwo. Komisje bioetyczne to zróżnicowane pod względem zawodowym, niezależne grupy osób powołanych w celu oceny protokołów badań naukowych prowadzonych z udziałem ludzi, które powinny zagwarantować, że godność, podstawowe prawa, bezpieczeństwo oraz dobrostan uczestników badań naukowych są należycie respektowane i chronione (komisje

bioetyczne opiniują też badania naukowe prowadzone na ludzkim materiale biologicznym) (Komitet Sterujący do spraw Bioetyki, 2012). Bardzo ważne jest zapewnienie prawidłowego składu komisji (DoH). Chodzi o to, by był on dostosowany do tematyki opiniowanych badań naukowych i by w komisji znajdował się przynajmniej jeden przedstawiciel lokalnej społeczności nieposiadający fachowej wiedzy naukowej, ale dobrze znający środowiskowe uwarunkowania (DoH). Fachowość, niezależność, transparentność i bezstronność komisji są najważniejszymi warunkami poprawnego jej działania. Poza skutecznym zwalczaniem konfliktu interesów komisja musi być niezależna finansowo oraz posiadać odpowiednio wysoki autorytet, by móc oprzeć się różnego rodzaju niedozwolonym naciskom (DoH; CIOMS). Wszyscy badacze i ośrodki badawcze powinni mieć zapewniony dostęp do konkretnej, rejonowej komisji bioetycznej.

Komisje bioetyczne mają obowiązek terminowego realizowania następujących zadań:

1. opiniowania każdego projektu badania naukowego prowadzonego z udziałem ludzi przed rozpoczęciem rekrutacji potencjalnych uczestników,
2. monitorowania już toczących się badań naukowych (DoH).

Monitorowanie toczących się badań jest realizowane przez nałożenie na badaczy i ewentualnie inne podmioty (np. sponsora) następujących obowiązków: terminowego zgłaszania każdego poważnego zdarzenia niepożądanego oraz wszelkich innych informacji mogących mieć istotny wpływ na bezpieczeństwo i dobrostan uczestników badań oraz każdej zmiany protokołu badania. Dodatkowo po zakończeniu badania badacze muszą przedłożyć komisji raport końcowy zawierający podsumowanie wyników oraz wnioski z badania (DoH).

Każda komisja musi mieć prawo do rozpatrywania, komentowania, udzielania wskazówek i zatwierdzania dokumentacji badania, a także zgłaszanych poprawek, informacji i raportów. Poza tym musi mieć prawo zalecania zmian, wycofywania zgody i zawieszania trwających badań (DoH). Krytyczne decyzje komisji powinny być merytorycznie uzasadniane. Należy również zapewnić procedurę odwoławczą od negatywnej decyzji rejonowej komisji bioetycznej.

Badania naukowe prowadzone z udziałem ludzi to nie tylko medyczne badania naukowe realizowane przez lekarzy lub innych pracowników

medycznych. Badaczami mogą być przedstawiciele innych grup zawodowych, np. psychologowie i socjologowie. Dlatego ważne jest, by poziom ochrony gwarantowany uczestnikom przez kodeksy etyczne, przepisy prawa i komisje bioetyczne był jednakowy i sprawiedliwy niezależnie od profesji badacza.

Bibliografia

BrackenRoche, D. i in. (2017). The concept of 'vulnerability' in research ethics: an indepth analysis of policies and guidelines. *Health Research Policy and Systems*, *15*(29). DOI: 10.1186/s12961-017-0186-8

Council for International Organizations of Medical Sciences [CIOMS] (2016). *International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans* (wyd. 4). Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences.

Council of Europe (1997). Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine [OC]. Pobrano z: https://coe.int/en/web/human-rights-and-biomedicine/oviedo-convention (dostęp: 29.05.2025).

Council of Europe (2005). Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Biomedical Research [APOC]. Pobrano z: https://coe.int/en/web/human-rights-and-biomedicine/oviedo-convention (dostęp: 29.05.2025).

Encyklopedia PWN (b.d.). Pobrano z: https://encyklopedia.pwn.pl (dostęp: 29.05.2025).

Ethical and Policy Issues in Research Involving Human Participants: Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission [RNBAC] (2001). Bethesda: National Bioethics Advisory Commission.

Ewangelia wg św. Łukasza (b.d.). W: Biblia Tysiąclecia. Pobrano z: https://biblia.deon.pl/rozdzial.php?id=321 (dostęp: 29.05.2025).

Freeman, W.L., Romero, F.C., Kanade, S. (2006). Community consultation to assess and minimize group haras. W: E.A. Bankert & R.J. Amdur, *Institutional Review Board Menagement and Function* (s. 134–138). Sudburry: Jones and Bartlett Publishers, Sudburry.

Kimmelman, J. (2007). The therapeutic misconception at 25: treatment, research, and confusion. *Hastings Center Report*, *37*(6), 36–42. DOI: 10.1353/hcr.2007.0092

Komitet Sterujący do spraw Bioetyki (2012). *Poradnik dla członków komisji etycznych do spraw badań naukowych*. Strasburg: Rada Europy. Pobrano z: http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/

Activities/02_Biomedical_research_en/Guide/GUIDE_PL.pdf (dostęp: 29.05.2025).
Mitscherlich, A., & Mielke, F. (1963). *Nieludzka medycyna. Dokumenty procesu norymberskiego przeciwko lekarzom*. Warszawa: PZWL.
Reproduction and Responsibility. The Regulation of New Biotechnologies [R&R] (2004). Washington: The President's Council on Bioethics, 35–36. Pobrano z: https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/reproductionandresponsibility/ (dostęp: 29.05.2025).
Resneck, J.S. (2024). Revisions to the Declaration of Helsinki on its 60th anniversary: a modernized set of ethical principles to promote and ensure respect for participants in a rapidly innovating medical research ecosystem. *JAMA*, *333*(1). DOI: 10.1001/jama.2024.21902
Shephard, D.A. (1976). The 1975 Declaration of Helsinki and consent. *Canadian Medical Association Journal*, *115*, 1191–1192.
The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979). *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Pobrano z: https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf (dostęp: 29.05.2025).
Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy [KRiO]. Dz.U. z 2023 r. poz. 2809.
Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty [UZLLD]. Dz.U. z 2011 r., poz. 1634 z późn. zm.
World Medical Association (2024). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants [DoH]. Pobrano z: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/ (dostęp: 29.05.2025).
Wulff, H.R., & Gotzsche P.C. (2005). *Racjonalna diagnoza i leczenie. Wprowadzenie do medycyny wiarygodnej czyli Evidence-Based Medicine*. Łódź: Aktis.
Zgółkowa, H. (1997). *Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny*. Poznań: Kurpisz.

Przemysław Pałka
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
https://orcid.org/0000-0002-6879-1596
https://doi.org/10.35765/slowniki.552

Sztuczna inteligencja

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Sztuczna inteligencja to dyscyplina naukowa i zbiór technologii umożliwiających tworzenie systemów nabywających zdolności poprzez analizę ogromnej ilości danych, a więc działających w sposób nie w pełni zrozumiały dla człowieka.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Prace nad sztuczną inteligencją sięgają lat 40. XX wieku, choć prawdziwy przełom nastąpił w drugiej dekadzie XXI wieku, wraz z rozwojem i rozpowszechnieniem się uczenia maszynowego.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Sztuczna inteligencja wpływa na rzeczywistość w sposób horyzontalny i rodzi mnogość wyzwań, które podzielić można na cztery kategorie, tj. związanych z wykorzystywaniem, tworzeniem, dostępem i statusem ontycznym (w tym potencjalnym upodmiotawianiem).

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Rozwój sztucznej inteligencji sprawia, że etycy pracujący w obszarach pozornie z nią niezwiązanych winni zrozumieć, jak ona działa, a twórcy systemów więcej uwagi poświęcać etyce.

Słowa kluczowe: sztuczna inteligencja, uczenie maszynowe, etyka

Definicja pojęcia

Rozważania dotyczące sztucznej inteligencji – zarówno filozoficzne, jak i prawnicze – niemal rutynowo rozpoczynają się od stwierdzenia, iż naukowcy nie wypracowali jeszcze jednej, powszechnie akceptowanej definicji tego pojęcia (Kaminski, 2023, s. 1355). Chociaż warto przywołać ten fakt, chciałbym jednocześnie bronić poglądu, że brak takiej definicji nie musi stanowić poważnego problemu. Przecież również w przypadku innych fundamentalnych pojęć, takich jak „religia", „prawo" czy „sztuka", brak jednomyślności definicyjnej nie uniemożliwia prowadzenia badań ani formułowania teorii. Niemniej jednak powody, dla których sztuczna inteligencja nie doczekała się jednolitej definicji, wydają się interesujące i zasługują na omówienie.

Piękno i filozoficzna użyteczność języka polskiego wynikają m.in. z obecności w nim narzędnika. Dzięki temu użytkownicy tego języka mogą w intuicyjny sposób dostrzec dwuznaczność pytania, które w języku angielskim brzmi: „What is artificial intelligence?". W języku polskim pytanie to można sformułować na dwa sposoby: „Co jest sztuczną inteligencją?" oraz „Czym jest sztuczna inteligencja?" Pierwsza forma jest pytaniem o zakres denotacji nazwy „sztuczna inteligencja". Innymi słowy można je przeformułować następująco: „W zbiorze wszystkich bytów, jakie istnieją – zarówno materialnych, jak i niematerialnych – które z nich są desygnatami (lub powinny być traktowane jako desygnaty) nazwy «sztuczna inteligencja»?". Druga forma natomiast dotyczy istoty sztucznej inteligencji i można ją przedstawić w następujący sposób: „Jeśli zgadzamy się – nawet tylko na potrzeby danego wywodu – co do zakresu denotacji nazwy «sztuczna inteligencja», to jakie cechy wspólne mają wszystkie jej desygnaty? Co przesądza o «naturze» bycia sztuczną inteligencją?". W ramach ciekawostki można zauważyć, że w języku angielskim ta różnica jest widoczna na poziomie negacji pierwotnego pytania. W przypadku pytania o zakres denotacji negacja brzmi: „What is not artificial intelligence?" (co nie jest sztuczną inteligencją?), natomiast w odniesieniu do istoty pytanie przybiera formę: „What artificial intelligence is not?" (czym nie jest sztuczna inteligencja?).

Brak jednomyślności definicyjnej wynika m.in. z faktu, że różne definicje formułowane w literaturze wyznaczają rozmaite zakresy denotacji

nazwy. W języku tak potocznym, jak i naukowym nazwa „sztuczna inteligencja" odnosi się do różnych ontologicznie kategorii bytów, obejmujących m.in. dyscyplinę naukową, technologię umożliwiającą wykonywanie określonych operacji, a także konkretne systemy oparte na tej technologii. Na poziomie języka potocznego każde z następujących zdań jest sensowne i logicznie poprawne: „Robię doktorat ze sztucznej inteligencji", „Dzięki sztucznej inteligencji komputery potrafią obecnie rozpoznawać, co znajduje się na zdjęciu" oraz „Wygląda na to, że to zadanie domowe napisała za studenta sztuczna inteligencja". W pierwszym przykładzie nazwa „sztuczna inteligencja" odnosi się do dyscypliny naukowej (można wszak robić doktorat również z medycyny, prawa czy teologii). W drugim zdaniu wyrażenie to dotyczy zbioru technik umożliwiających realizację określonych operacji – komputery mogą wykonywać swoje zadania dzięki różnym technologiom, takim jak procesor czy bezprzewodowa transmisja danych. W trzecim przykładzie mamy natomiast do czynienia z odniesieniem do konkretnego bytu – pracę za studenta mogła wykonać inna aplikacja nieoparta na technologii sztucznej inteligencji, choć równie dobrze mogła to zrobić koleżanka ze studiów.

Nietrudno więc zauważyć, że różnorodność proponowanych w literaturze definicji wynika z odmienności zakresowych tej samej nazwy. Niektóre definicje odnoszą się do sztucznej inteligencji jako dyscypliny naukowej, np. „badanie procesów obliczeniowych umożliwiających postrzeganie, rozumowanie i podejmowanie działań" (Winston, 1992, s. 5, tłum. własne). Inne dotyczą cech systemów zbudowanych przy pomocy technologii określanej mianem sztucznej inteligencji, np.:

> Zdolność systemu do poprawnej interpretacji danych zewnętrznych, uczenia się na podstawie tych danych oraz wykorzystywania zdobytej wiedzy do osiągania określonych celów i realizacji zadań poprzez elastyczną adaptację (Haenlein & Kaplan, 2019, s. 5, tłum. własne).

W końcu znajdą się definicje systemów jako takich, np. ta przyjęta w uchwalonym przez Unię Europejską w 2024 Akcie ws. sztucznej inteligencji:

> system maszynowy, który został zaprojektowany do działania z różnym poziomem autonomii po jego wdrożeniu oraz który może wykazywać zdolność adaptacji po jego wdrożeniu, a także który – na potrzeby wyraźnych lub dorozumianych

celów – wnioskuje, jak generować na podstawie otrzymanych danych wejściowych wyniki, takie jak predykcje, treści, zalecenia lub decyzje, które mogą wpływać na środowisko fizyczne lub wirtualne.

Zwrócić należy uwagę, że *genus* każdej z tych definicji – „badanie", „zdolność" oraz „system" – jest odmienny, ponieważ nazwa ta denotuje zarówno praktyki społeczne (w tym badania naukowe), cechy systemów (oraz technologię uzyskiwania tych cech), jak i systemy jako takie. Trudno zatem oczekiwać jednej definicji, która odnosiłaby się do wszystkich tych kategorii.

Rzecz jasna wszystkie wspomniane powyżej kategorie bytów – badania naukowe, cechy i zdolności systemów, jak i systemy jako takie – pozostają ze sobą w ścisłych związkach. Co więcej, istnienie każdej z nich prowadzi do powstawania ważkich problemów etycznych (w tym bioetycznych). Badania naukowe mogą być prowadzone w sposób etyczny lub nie, tworzenie konkretnych systemów może być (nie)etyczne, a posiadanie konkretnych zdolności przez systemy (którymi posługiwać mogą się ludzie) umożliwia podejmowanie działań, które również mogą wymagać oceny etycznej. To sprawia, że definicja w słowniku takim jak niniejsze opracowanie – mająca służyć innym badaczom, spoglądającym na problem sztucznej inteligencji z najróżniejszych perspektyw – powinna być jednocześnie pojemna (zwracająca uwagę na wszystkie kategorie bytów mogących stanowić desygnaty nazwy) i precyzyjna, tj. jasno wskazująca cechy tych bytów konieczne i wystarczające do bycia uznawanym za sztuczną inteligencję. Innymi słowy szeroki musi być *genus*, a szczegółowe musi być *definiendum*.

Proponuję zatem, by za sztuczną inteligencję uznawać technologie (w liczbie mnogiej), w tym wiedzę i praktyki społeczne, zarówno badania naukowe, jak i stosowanie rozwiązań technicznych, umożliwiające tworzenie i wykorzystywanie systemów komputerowych, które to systemy nabywają zdolności do wykonywania zadań nie tylko za sprawą tradycyjnego programowania, a poprzez analizę i wyciąganie wniosków z ogromnej ilości danych, a więc ostatecznie działające w sposób nie w pełni zrozumiały dla człowieka. W tym ujęciu system sztucznej inteligencji byłby programem komputerowym (czasami bytem li tylko cyfrowym, jak ChatGPT, czasami immanentnie związanym z komponentem materialnym, np. odkurzacz Roomba lub autonomiczny samochód),

różniącym się od innych programów komputerowych sposobem powstania i działania. W mojej ocenie jest to definicja czyniąca zadość uzusowi powszechnie przyjmowanemu w trzeciej dekadzie XXI w., jak i pewnej nowości i odmienności problemów etycznych wynikających z rozwoju i upowszechnienia się tych technologii, choć wyłączająca z zakresu nazwy niektóre technologie i systemy, które historycznie uznawano by za sztuczną inteligencję. Powody dla przyjęcia tej właśnie definicji najłatwiej przedstawić, spoglądając właśnie na historię rozwoju sztucznej inteligencji.

Analiza historyczna pojęcia

Choć marzenia ludzkości o zbudowaniu urządzenia, które potrafiłoby „myśleć" i działać w sposób podobny do człowieka, sięgają starożytności (Schafer, 2023), początki rozwoju sztucznej inteligencji tradycyjnie datuje się na lata 40. XX wieku (Haenlein & Kaplan, 2019). W tym czasie, nie bez związku z toczącą się wówczas II wojną światową, szereg uczonych, m.in. wybitny matematyk Alan Turing, zaczął podejmować próby stworzenia systemów maszynowych zastępujących (lub wspomagających) umysłową pracę ludzi. Prace te przyczyniły się do rozwoju całej technologii informacyjnej (potocznie nazywanej informatyką). Samo sformułowanie „sztuczna inteligencja" do użytku trafiło w roku 1956, w trakcie konferencji w Dartmouth zorganizowanej przez Marvina Minsky'ego i Johna McCarthy'ego w związku z trwającą już zimną wojną (Haenlein & Kaplan, 2019).

Przez kolejne dekady prace nad sztuczną inteligencją trwały nieustannie, a naukowcy próbowali osiągnąć swój cel przy pomocy różnych technik (Villata i in., 2022). Długo najpopularniejsze podejścia sprowadzały się do stosowania logiki symbolicznej i tzw. systemów eksperckich. U podstaw ich założenia leżało przekonanie, że sposób rozumowania człowieka da się odtworzyć i sformalizować w postaci wyraźnych instrukcji. Jednakże zdolności budowanych w ten sposób systemów trudno było uznać za imponujące. Wszystko zmieniło się w drugiej dekadzie XXI wieku w wyniku rozwoju i rozpowszechnienia się technik opartych na uczeniu maszynowym (Alpaydin, 2016). To właśnie uczenie maszynowe doprowadziło do rozwoju sztucznej inteligencji takiej, jaką

znamy w roku 2025. Zrozumienie, jak działa uczenie maszynowe, jest kluczem do zrozumienia, jak funkcjonują systemy sztucznej inteligencji.

Dobrym sposobem na osiągnięcie tego zrozumienia jest porównanie uczenia maszynowego z tradycyjnym programowaniem. W tym drugim programista (czyli człowiek) pisze kod w określonym języku programowania (takim jak Python, Java czy C++), a następnie komputer wykonuje ten kod. Na przykład (bardzo prosty) kod w języku Python, który przypominałby mi o urodzinach mojej żony, mógłby wyglądać następująco:

```
from datetime import date

today = date.today()
birthday = date(today.year, 1, 23)

if today == birthday:
  print("Dziś są urodziny Twojej żony!")
else:
  days_left = (birthday - today).days
  if days_left < 0:
    days_left = (date(today.year + 1, 1, 23) - today).days
  if days_left <= 7:
    print(f"Do urodzin Twojej żony pozostało {days_left} dni!")
  else:
    print("Masz jeszcze czas.")
```

Dla czytelnika niezaznajomionego z kodem komputerowym powyższy przykład może na pierwszy rzut oka wydawać się trudny do zrozumienia. Jednak po bliższym przyjrzeniu się instrukcje stają się klarowne. Kod nakazuje komputerowi ustalić dzisiejszą datę, następnie określa datę urodzin mojej żony (23 stycznia) i na podstawie tej informacji daje komputerowi precyzyjne wytyczne, jak ma zareagować (przypomnieć mi, jeśli są dziś, LUB przypomnieć, jeśli zostało mniej niż tydzień, LUB uspokoić mnie, że jeszcze jest czas). Tak napisany kod jest zrozumiały zarówno dla ludzi (znających język Python), jak i dla maszyn.

Tradycyjne programowanie świetnie sprawdza się w zadaniach, które można rozłożyć na jasne instrukcje krok po kroku. Większość oprogramowania wykorzystywanego do końca pierwszej dekady XXI w.

powstawała właśnie w ten sposób (i wiele powstaje do dziś), poprzez ręczne pisanie kodu przez programistów. Dotyczy to m.in. systemów operacyjnych (Windows, MacOS), przeglądarek internetowych (Microsoft Edge, Chrome) czy gier komputerowych (np. Tetris). Wszyscy na co dzień korzystamy z wielu systemów powstających wyłącznie w ten sposób.

Niektóre zadania okazały się jednak zbyt złożone, aby można było je sformalizować w postaci tak wyrażonych instrukcji. Tłumaczenie tekstu z jednego języka na inny czy rozpoznawanie przedmiotów na zdjęciach przez wiele lat było poza zasięgiem zdolności programów komputerowych powstających przy użyciu tradycyjnego programowania. Można posłużyć się tu następującym przykładem: podczas gdy większość ludzi potrafi bez trudu rozpoznać, czy na zdjęciu znajduje się kot, nikt nie potrafił sformułować instrukcji umożliwiających komputerowi wykonanie tego zadania w sposób podobny do wcześniejszego przykładu przypominającego o urodzinach. W takich właśnie przypadkach uczenie maszynowe okazało się doskonałym narzędziem.

W pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że uczenie maszynowe polega na dostarczeniu komputerowi dużej liczby przykładów i pozwoleniu mu na samodzielne wypracowanie sposobu realizacji zadania (Alpaydin, 2016). Przykłady te – niezależnie od tego, czy są to teksty, zdjęcia, filmy czy cokolwiek innego – są zawsze dostarczane w formie danych cyfrowych (plików), z którymi maszyna może pracować na poziomie obliczeń matematycznych. Na przykład mając dziesięć milionów obrazów/zdjęć przedstawiających koty oraz tyle samo zdjęć bez kotów system mógłby nauczyć się rozpoznawania kotów, analizując te dane (np. przekształcając je w wektory), identyfikując wzorce i w zasadzie „pisząc sobie kod do rozpoznawania kotów" samodzielnie (przykład z kotami nie jest przypadkowy; to właśnie one były przedmiotem jednego z pionierskich badań, głównie ze względu na fakt, że ludzie z zamiłowaniem wgrywają do Internetu podobizny swoich pupili, niejako przy okazji tworząc wielkie bazy danych; oryginalne badanie w: Le i in., 2012). W ciągu ostatniej dekady byliśmy świadkami licznych przełomów napędzanych przez uczenie maszynowe. Na przykład dostarczenie maszynom obszernych zbiorów tekstów w różnych językach umożliwiło znaczące postępy w tłumaczeniach maszynowych (ponieważ maszyna miała dostęp np. do *Roku 1984* Orwella i po angielsku, i po polsku,

to mogła sobie sprawdzić, jak jakieś słowo/zdanie przekształca się w drugie. Tak samo w przypadku każdego innego tekstu, który kiedykolwiek został przetłumaczony i jest dostępny w formie cyfrowej). Podobnie sparowanie zapisów ludzkiej mowy z odpowiadającym im tekstem pisanym pozwoliło na rozwój funkcji zamiany mowy na tekst.

Aby uczenie maszynowe było możliwe, muszą zostać spełnione co najmniej trzy warunki. Po pierwsze, niezbędny jest algorytm treningowy – zwykle opracowany przez ludzi – który instruuje system, jak przetwarzać dane (np. konwertując je na wektory i wyszukując wzorce). Po drugie, wymagane są odpowiednie zasoby sprzętowe, takie jak wystarczająca pamięć i moc obliczeniowa. Po trzecie, konieczny jest dostatecznie duży zbiór danych treningowych. W przeciwieństwie do ludzi maszyny często potrzebują milionów, a nawet miliardów przykładów, aby skutecznie się uczyć. To właśnie ten ostatni warunek – a dokładniej socjotechnologiczne okoliczności umożliwiające jego spełnienie – stanowi źródło wielu problemów etycznych związanych ze sztuczną inteligencją. W pewnym uproszczeniu: od tego, jakich danych użyjemy do treningu, zależeć będzie, jaki dokładnie system otrzymamy. A tworzenie baz danych jest kosztowne i czasochłonne, więc często pojawia się pokusa pójścia „na skróty".

Jedną z zalet podejścia opartego na uczeniu maszynowym jest możliwość tworzenia algorytmów zdolnych do wykonywania zadań, których ludzie nie potrafią w pełni sformalizować. Wadą jest jednak to, że kod generowany przez maszyny bywa często niezrozumiały dla ludzi – problem ten jest szeroko dyskutowany w dziedzinie tzw. wyjaśnialnej sztucznej inteligencji (ang. *explainable AI*, Goebel i in., 2018). Nie oznacza to jednak, że ludzie nie mają kontroli nad procesem treningu. Oprócz tego, że tworzą algorytmy uczące, to oni decydują, jakie dane są wykorzystywane do szkolenia – przynajmniej w teorii.

Kolejnym – ostatnim jak na razie – krokiem w rozwoju sztucznej inteligencji było powstanie tzw. generatywnej sztucznej inteligencji (Zou i in., 2025), której powszechnie znanym przykładem jest ChatGPT (jak i inne systemy, pozwalające na generowanie nowych tekstów, obrazów, dźwięków czy filmów). Konkretny mechanizm stojący za ich skutecznością zasugerowany został dopiero w 2017 roku, w artykule cytowanym już 150 000 razy (Vaswani i in., 2017), co wskazuje na ogromny dynamizm rozwoju tej dziedziny. Systemy generatywnej sztucznej inteligencji

są w stanie nie tylko wykonać proste zadania, których ludzie nie potrafią sformalizować (np. tłumaczenie tekstu czy rozpoznawanie twarzy), ale również tworzyć nowe materiały oraz wchodzić w dość złożony dialog z ludźmi. Wydaje się, że to właśnie te systemy najbardziej rozpalają wyobraźnię ludzi w połowie lat 20. XXI wieku. W pewnym sensie jest to oczywiście uzasadnione. Należy jednak pamiętać, że sztuczna inteligencja to pojęcie znacznie szersze niż ChatGPT i podobne czatboty; pisanie rozprawek czy wierszy, nawet jeśli efektowne, jest tylko przykładem zdolności pracy z danymi uzyskanymi przez maszyny poprzez rozwój sztucznej inteligencji.

Ujęcie problemowe pojęcia

Kłopot ze zwięzłym wskazaniem problemów etycznych związanych z rozwojem i rozpowszechnianiem się sztucznej inteligencji wynika z horyzontalnego charakteru zmian społeczno-technologicznych przez ów rozwój wywołanych. Innymi słowy sztuczna inteligencja – jak każda inna technologia wielu zastosowań – jest (czy staje się) wszechobecna i z tego tytułu wywołuje mnogość problemów etycznych. Wydaje się jednak, że problemy te podzielić można na cztery większe kategorie. Są to, po pierwsze, wyzwania etyczne wynikające z możliwości zastosowania sztucznej inteligencji; po drugie, problemy związane z procesem tworzenia sztucznej inteligencji; po trzecie, wyzwania płynące z dostępu do sztucznej inteligencji; i w końcu, po czwarte, problemy związane ze statusem ontycznym systemów sztucznej inteligencji i (potencjalnym) traktowaniem ich jako podmiotów norm moralnych. W mojej ocenie wyłącznie te drugie i te czwarte przynależą do dziedziny refleksji, którą można by nazwać „etyką sztucznej inteligencji" *sensu stricto*. Niemniej bliższe spojrzenie na każdą z tych kategorii wydaje się zasadne.

Pierwsza kategoria problemów etycznych związanych ze sztuczną inteligencją dotyczy oceny moralnej czynów, które stają się możliwe przy jej zastosowaniu. W tym aspekcie sztuczna inteligencja podobna jest do innych technologii w dwóch co najmniej wymiarach. Z jednej strony, technologie bywają moralnie neutralne, umożliwiają bowiem dokonywanie zarówno czynów dobrych, jak i złych. By posłużyć się

oczywistymi przykładami: dynamitu użyć można, by ratować uwięzionych w kopalni górników, jak i by wysadzić drzwi sejfu w banku; samochodem można szybko przewieźć rannego do szpitala, jak i pomóc przestępcy zbiec z miejsca zbrodni itd. Podobnie jest ze sztuczną inteligencją: użyć można jej do czynienia dobra (diagnozowania chorób, zmniejszania negatywnego wpływu sieci elektrycznych na środowisko naturalne), jak i do czynienia zła (mniej lub bardziej dotkliwego: od niesamodzielnego przygotowywania zadań domowych po zabójstwa przy pomocy broni autonomicznej). Z drugiej strony, nowe (w danym momencie) technologie, które czynią możliwymi lub łatwiejszymi działania wcześniej niemożliwe lub trudniejsze, nakazują obserwatorom rozważyć etyczność stanów faktycznych wcześniej nierozważanych. Na przykład rozwój technologii druku doprowadził ostatecznie do pytania, czy moralne jest kopiowanie i rozpowszechnianie dzieł literackich bez zgody ich autora (i, na poziomie prawnym, do powstania prawa autorskiego). Święty Tomasz z Akwinu nie rozważał pytania, czy godzi się, by ktoś inny wyprodukował miliony kopii jego dzieł i zarobił na ich sprzedaży majątek, nie tylko dlatego, że miał ważniejsze sprawy na głowie, ale również dlatego, że ówczesna technologia kopiowania i dystrybucji nie stwarzała w ogóle takiej możliwości.

Wiele prac poświęconych etyce (czy też innej normatywnej ocenie, np. prawnej) sztucznej inteligencji traktuje właśnie o problemach przynależnych do pierwszej kategorii (zob. bibliografię w: Jabłonowska i in., 2018). Uczeni i inni komentatorzy zwracają uwagę na nowe możliwości, których ocena etyczna jest niejednoznaczna (lub jest jednoznaczna i domaga się, w ich ocenie, interwencji prawodawcy). Przykłady można mnożyć: algorytmy mediów społecznościowych skłaniają ludzi do spędzania mnóstwa czasu na wpatrywaniu się w telefon, zbierają i analizują dane, i wyświetlają reklamy skuteczniej nakłaniające ich do zakupów – czy to jest dopuszczalne, czy może jednak godzi w życie rodzinne oraz wiedzie do traktowania umysłów ludzi przedmiotowo, widzenia w nich narzędzia do pomnożenia własnego zysku? Albo: systemy sztucznej inteligencji optymalizują godziny pracy w sposób co prawda korzystny dla firmy, ale niepozwalający zatrudnionym na zbudowanie trwałej rutyny czasu wolnego – czy to jeszcze dopuszczalna wolność wyboru pracownika (wszak może zmienić pracę), czy już ingerencja w jego lub jej godność i przyrodzone prawa? Albo: sztuczna inteligencja pozwala

na optymalizację zużycia energii w sieci poprzez sprawne monitorowanie zużycia prądu w różnych dzielnicach miasta o różnych porach, ale konieczne do przeprowadzenia takiej operacji jest szczegółowe zbieranie danych o miejscu pobytu ludzi – czy to wyraz troski o środowisko uzasadniający pewną ingerencję w prywatność, czy nie?

W mojej jednak ocenie pytania takie lepiej rozważać jako pytania o etykę gospodarki rynkowej, relacji pracodawca – pracownik, ochrony środowiska, prawa do prywatności itd. niźli jako pytania o etykę sztucznej inteligencji. Każdy z tych obszarów życia ma swoją specyfikę, którą uczeni badają i rozważają od dawna, na długo zanim ta konkretna technologia zmieniła szczegółowe możliwości działania, niekoniecznie modyfikując fundamentalne zasady moralne. Na przykład godność pracy ludzkiej (o której pisał Jan Paweł II w *Laborem exercens*) czy sprawiedliwość w stosunkach gospodarczych i państwowych (o której traktuje jego *Centesimus annus*) to wartości ponadczasowe, dla których nowe zagrożenia i szanse może stwarzać sztuczna inteligencja, ale które pozostają właściwymi polami rozważań. Uważam, ze podobnie jak nie stworzyliśmy etyki fabryk, telefonów czy komputerów – uaktualniliśmy raczej nasze spojrzenie na etykę o zrozumienie, co zmieniają tamte technologie – tak samo nie powinniśmy traktować moralnej oceny działań umożliwionych przez sztuczną inteligencję jako etyki sztucznej inteligencji.

Inaczej sprawa ma się z drugą kategorią problemów, mianowicie tych związanych z t w o r z e n i e m (systemów) sztucznej inteligencji. Problemem centralnym jest tu kwestia obiektywności czy reprezentatywności danych użytych do treningu (i niebezpieczeństwa wystąpienia błędów poznawczych w wypadku posłużenia się suboptymalnymi danymi). Pytania o ocenę etyczną tych problemów, jak i potencjalnych ich rozwiązań wydają się przynależeć do horyzontalnej refleksji nad tworzeniem (systemów) sztucznej inteligencji.

Jak wskazywano powyżej, sztuczna inteligencja „uczy się" wykonywania zadań, korzystając z danych jej przedstawionych. To uczenie się jest jednak procesem gatunkowo różnym od tego, jak działa umysł ludzki. W swojej istocie uczenie się przez maszyny sprowadza się do skomplikowanych procesów matematycznych, w tym statystycznych. Maszyna „nie widzi" nigdy kota na zdjęciu, a jedynie wylicza sobie, że piksele w takim układzie, kolorze i nasyceniu barw, jakie otrzymała, dają

np. 97,8% prawdopodobieństwa bycia kotem. To sprawia, że jeśli jakaś cecha danych wejściowych jest szeroko rozpowszechniona (lub nieobecna), maszyna może nadać tej cesze większą wagę, niż uczyniłby to człowiek przy klasyfikacji. Obrazowym przykładem tego problemu jest szeroko dyskutowana w literaturze trudność, jaką pierwsze algorytmy rozpoznawania twarzy miały z dostrzeganiem (lub poprawnym klasyfikowaniem) twarzy innych niż ludzi białoskórych (Kuśmierczyk, 2022). Ponieważ bazy danych, na podstawie których trenowane były algorytmy, zawierały przede wszystkim obrazy przedstawiające twarze osób białoskórych, systemy „nie widziały" twarzy osób czarnoskórych lub traktowały twarze osób pochodzenia azjatyckiego jako nieustannie mrużące oczy. Co jednak istotne, problem tej natury pojawić może się w zasadzie w kontekście każdego innego zadania potencjalnie realizowanego przez systemy sztucznej inteligencji.

Wydawać by się mogło, że tego rodzaju problemy są wyłącznie techniczne w naturze i – przynajmniej teoretycznie – proste do rozwiązania; dane treningowe powinny być reprezentatywne i wysokiej jakości. Problemy pojawiają się w momencie, w którym rzeczywistość społeczna odzwierciedlona w wolnych od błędów danych jest sama w sobie niesprawiedliwa (zostawmy na moment pojęcie „sprawiedliwości" celowo niejasnym). Wyobraźmy sobie np., że duża niemiecka firma prowadzi rekrutację na wyższe stanowisko menadżerskie. Załóżmy, że dział HR pragnie zautomatyzować pierwszy etap rekrutacji, tj. wstępny przegląd otrzymanych zgłoszeń, i że firma otrzymała dwieście zgłoszeń, spośród których chce wybrać pięćdziesiąt najlepszych do dalszego ręcznego procedowania. W tym celu posługuje się algorytmem wytrenowanym na całej dotychczasowej historii zatrudnienia oraz ocen okresowych pracowników zatrudnionych w tej firmie na podobnych stanowiskach. Historycznie firma zatrudniała ludzi wyłącznie o niemiecko- lub francusko brzmiących nazwiskach, ponieważ tacy właśnie kandydaci zgłaszali się i mieli wysokie kwalifikacje. W ciągu ostatniej dekady świat zmienił się na tyle, że wielu Polaków nie tylko doskonale posługuje się językiem niemieckim, ale i wykazuje się równie dobrym (jeśli nie lepszym) wykształceniem i doświadczeniem. Niemniej algorytm wytrenowany na danych historycznych może uznać posiadanie niemiecko lub francusko brzmiącego nazwiska za istotny czynnik w predykcji i mając do wyboru kandydatów równie dobrze wykształconych i doświadczonych,

preferować tych o nazwiskach podobnych do kandydatów zatrudnianych i wysoko ocenianych w przeszłości, odrzucając zgłoszenia Polaków. Jak należałoby taki system ocenić oraz, jeśli negatywnie, jakie przeciwdziałanie należałoby zalecić?

Ocena moralna tylko pozornie wydaje się prosta. Wyłączmy kwestie nieświadomych intuicji moralnych – jako eksperyment myślowy, Czytelnik może zastanowić się nad tym, czy tak działający system w pierwszym odruchu oceniłby jako moralnie dopuszczalny lub nie, a potem wyobrazić sobie inną sytuację, w której to polska firma szuka menadżera i zbudowała system preferujący polsko brzmiące nazwiska względem ukraińsko brzmiących – czy intuicja moralna pozostała taka sama? Warto natomiast zwrócić uwagę na strukturalną nowość problemu, z którym mamy do czynienia. Nie rozważamy bowiem pytania, czy etyczne jest, by człowiek niżej ocenił kwalifikacje innego człowieka ze względu na jego pochodzenie, a raczej pytanie, jak postępować powinien twórca systemu sztucznej inteligencji, by działanie to uznać można było za etyczne. Kryteria oceny i sama ocena oczywiście będą różnić się w zależności od przyjętej teorii etycznej czy metaetycznej, ale wydaje się, że znajdzie się wiele ujęć, zgodnie z którymi budowanie systemu arbitralnie preferującego jedną osobę względem drugiej wyłącznie ze względu na pochodzenie uznać można za moralnie wątpliwe. Jeśli, nawet roboczo, skłonni jesteśmy tak przyjąć, to kolejne pytanie brzmi: co należy zatem robić?

Pierwszym rozwiązaniem, którego wielu próbowało, jest nakazanie systemowi, by zarówno w procesie uczenia się, jak i podejmowania decyzji nie zwracał uwagi na te dane, które są czynnikiem różnicującym (w powyższym przykładzie nazwiska). Niestety rozwiązanie takie okazuje się nieskuteczne ze względu na to, że wiele innych danych służy systemom w praktyce jako tzw. dane zastępcze (ang. *proxy data*, Prince & Schwarcz, 2019). Innymi słowy, wiele danych, których system nie może zignorować, jeśli zachować ma jakąkolwiek wartość, pośrednio mówić będzie o pochodzeniu (Gdzie kandydat studiował? Jakimi językami włada? itd.). Drugie możliwe rozwiązanie to wprowadzenie pewnej „korekty" do sposobu oceny przez system sztucznej inteligencji. Tutaj problem polega na tym, że łatwiej jest ocenić konkretny stan rzeczy jako moralnie wątpliwy niż opisać docelowy, niebudzący wątpliwości stan rzeczy. Czy system dawać ma odpowiedzi zgodne ze

statystyczną dystrybucją w populacji? Jeśli tak – jakiej populacji? Albo: czy jeśli system pracuje z danymi odzwierciedlającymi historyczną niesprawiedliwość, to powinien kontrolować wpływ tych zależności statystycznych? A co, jeśli w jakimś bardzo konkretnym obszarze ludzie kształceni w kraju Y wciąż mają lepsze kwalifikacje niż ci kształceni w kraju X? Kto ma to oceniać? Nie jest moim celem bronić tu konkretnej odpowiedzi na to pytanie – zasłonić mogę się prostym stwierdzeniem, że nie taki jest cel hasła w słowniku, choć prawda jest taka, że sam (jak wielu innych) nie wiem, co należy z tą kwestią zrobić – chciałem natomiast zwrócić uwagę na ten problem. Jest on, w mojej ocenie, jednym z najtrudniejszych wyzwań etycznych wywołanych przez rozwój sztucznej inteligencji.

By uogólnić powyższe rozważania, należy zwrócić uwagę, że tego typu problemy pojawiać będą się niemalże wszędzie, gdzie tworzone będą systemy sztucznej inteligencji. Jeśli do ich szkolenia musimy użyć danych historycznych, a historia to zapis czasami nieetycznych zachowań i niesprawiedliwych stanów rzeczy, to replikować będziemy owe zachowania i stany rzeczy. Jeśli zaś, poprzez np. tworzenie tzw. danych syntetycznych, zechcemy wprowadzić „korektę" stanów przeszłych, dość szybko staniemy przed wyzwaniem wynikającym z pluralizmu poglądów na to, w jakim kierunku korektę należy prowadzić.

Wyzwanie to widać wyraźnie w kontekście systemów generatywnej sztucznej inteligencji, takich jak ChatGTP. Ta usługa, jak sama nazwa wskazuje, umożliwia człowiekowi prowadzenie konwersacji z maszyną działająca na bazie wielkoskalowego modelu językowego GPT. Konwersacja dotyczyć może niemal czegokolwiek. To sprawia, że człowiek może zapytać system sztucznej inteligencji, co ów „sądzi" na różne tematy etyczne i polityczne. Badania empiryczne dość szybko wykazały, że ChatGPT, choć początkowo w konwersacji przedstawia mnogość poglądów na każdy temat, ostatecznie – jeśli nakaże mu się zająć stanowisko – „głosi poglądy" liberalno-progresywne (Hartmann i in., 2023). Na potrzeby opisu niniejszego hasła poprosiłem dwa systemy – ChatGPT stworzony przez OpenAI oraz konkurencyjny Grok stworzony przez Elona Muska – o odpowiedź na pytanie „czy aborcja jest etyczna?". Obydwa udzieliły zniuansowanej odpowiedzi, choć kiedy zostały poproszone o użycie tylko jednego słowa w odpowiedzi, „tak" lub „nie", ChatGPT odpowiedział „tak" (https://chatgpt.com/

share/67c02ae7-0fe0-8004-9d67-6554fc9f4efd) a Grok odpowiedział „nie" (https://x.com/i/grok/share/YQiKYfRVNhawIS1tmTaC5X4W3). Te różnice wynikać mogą albo z tego, jakich danych użyto do treningu, albo z „poprawek" wprowadzonych na poziomie tworzenia produktu dostępnego dla konsumentów.

Trzecia kategoria problemów etycznych związana jest z dostępem do (systemów) sztucznej inteligencji. Znajdziemy tu problemy tak w skali mikro, jak i makro. Jeśli chodzi o te pierwsze, pojawiają się pytania o to, czy dostęp do systemów takich jak ChatGPT powinien być ograniczany dla pewnych kategorii osób lub tematów. Czy powinienem być w stanie poprosić taki system o napisanie zadania domowego? Zanim odpowiemy, że nie, pamiętajmy, że młodzi ludzie potrafią tak zadać pytanie, by system sztucznej inteligencji myślał, że opowiada młodemu, ciekawemu świata człowiekowi o tym, co go nurtuje – a zarazem niebezpieczeństwo nieuczciwości nie znika. Albo zastanówmy się: czy ludzie powinni być w stanie prosić systemy takie jak ChatGPT, by rozmawiały z nimi jak psychoterapeuci? Zanim odpowiemy, że nie, pamiętajmy, że w świecie pełnym problemów zdrowia psychicznego nie każdego stać na psychoterapię, a dostęp do ChataGPT jest darmowy – a zarazem niebezpieczeństwo wyrządzenia krzywdy człowiekowi nie znika.

W skali makro problemy związane z dostępem dotyczą szans rozwojowych, jakie sztuczna inteligencja daje wspólnotom, w tym państwom. Na poziomie technicznym uczynienie dostępu egalitarnym nie jest problemem. Niemniej istnieje pokusa, by ograniczać dostęp (środkami technicznymi i ekonomicznymi) innym krajom lub regionom świata nie tylko ze względu na powody takie jak bezpieczeństwo narodowe, ale również by hamować rozwój potencjalnych konkurentów. Zasada solidarności, kluczowa w katolickiej etyce społecznej, w tym przekonanie o powszechnym przeznaczeniu dóbr prywatnych głoszone przez Leona XIII w *Rerum novarum* i Jana Pawła II w *Centesimus annus*, nakazywałaby kształtowanie dostępu w sposób solidarny z tymi społecznościami, które nie mają środków na to, by samodzielnie technologie takie tworzyć. Wydaje się to jednak problemem, nad którego rozwiązaniem przyjdzie nam się pochylić w świecie, w którym nierówności w dostępie do innych rodzajów kapitału są powszechne.

Czwarta w końcu kategoria problemów etycznych dotyczy statusu ontycznego systemów sztucznej inteligencji (Hołub, 2024) oraz ich

(potencjalnego) traktowania jako podmiotów norm etycznych, tak agentów (których zachowania możemy oceniać etycznie), jak i pacjentów (którzy mogą mieć własne prawa lub względem których inni agenci mogą mieć obowiązki moralne). Problemy takie dyskutowane bywają przez tych uczonych czy komentatorów, którzy widzą sens antropomorfizacji systemów sztucznej inteligencji (i np. porównywania ich statusu ontycznego z ludźmi lub zwierzętami). Pytania przez nich rozważane dotyczą spraw takich jak odpowiedzialność systemów za „ich własne" czyny czy nawet możliwość nadania osobowości prawnej systemom sztucznej inteligencji. Jakkolwiek są to ciekawe eksperymenty myślowe, obecnie nic nie wskazuje, by ludzkość była w przededniu stworzenia systemów, które faktycznie spełniają wymogi konieczne, by pytania te rozważać poważnie. Problem odpowiedzialności, przynajmniej na poziomie prawnym, jest dawno rozwiązany – za szkody wyrządzone przez system odpowiada, na zasadzie ryzyka, właściciel (czy też posiadacz samoistny), który może mieć roszczenie regresowe do twórcy. Być może to rozwiązanie niesprawiedliwe (lub w świetle jakiejś teorii normatywnej suboptymalne), ale nie jest ono szczególnie strukturalnie skomplikowane. W tym sensie sztuczna inteligencja nie różni się od żadnej innej technologii.

Jeśli zaś chodzi o osobowość (czy też osobowość „graniczną", zob. np. Hołub, 2024), pamiętać należy, że nawet jeśli systemy sztucznej inteligencji potrafią czasem imitować ludzi, to ostatecznie ich natura sprowadza się do egzekwowania bardzo skomplikowanych obliczeń matematycznych. Są to byty, które mogą sprawiać wrażenie podobnych istotom stworzonym piątego i szóstego dnia w opowieści o stworzeniu świata (Rdz 1,20–27), ale ich natura jest zupełnie inna. System sztucznej inteligencji nie ma układu nerwowego, nie odczuwa emocji, strachu ani głodu, „nie trwa" w sposób ciągły itd. W sensie ontycznym ChatoWiGPT bliżej jest do kalkulatora online niż do człowieka czy ryby. Ciekawy jednak jest ludzki odruch antropomorfizacji. Wyzwania niewątpliwie nowe staramy się rozwiązywać przy pomocy starych kategorii, stworzonych w innych kontekstach i celach. Jednakże co zrobić z tym problemem, to już zupełnie inny temat.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Celem powyższych rozważań było ukazanie mnogości problemów etycznych wynikających z rozwoju i upowszechniania się (systemów) sztucznej inteligencji. Jednym ze sposobów uporządkowania tych problemów jest podział na większe kategorie, tj. problemów związanych z zastosowaniem, tworzeniem, dostępem i statusem ontycznym, w tym (potencjalnym) traktowaniem systemów SI jako podmiotów norm moralnych. Jak starałem się wykazać, sztuczna inteligencja zmienia rzeczywistość społeczno-gospodarczą w sposób horyzontalny i ma szansę wpłynąć na bardzo wiele obszarów rozważań w etyce i filozofii politycznej.

Wydaje się, że zadaniem dla etyków wszelkich maści jest zrozumienie, jak dokładnie działa i co dokładnie zmienia sztuczna inteligencja. Rozważania dotyczące oceny etycznej jej zastosowania czy sprawiedliwościowej dostępu do niej winny odbywać się nie w ramach „etyki sztucznej inteligencji", a raczej istniejących obszarów etyki. Niemniej, by móc je prowadzić, wiedza na temat sztucznej inteligencji jest niezbędna.

Będą jednak pytania dotyczące wprost sztucznej inteligencji, konkretnie jej tworzenia. Tu rekomendacja jest niejako lustrzanym odbiciem poprzedniej. Wydaje się, że to twórcy (systemów) sztucznej inteligencji winni posiąść wiedzę o etyce i wziąć rozważania etyczne pod uwagę w swej pracy. Nawet jeśli nie uczyni ich to zdolnymi do rozwiązania problemów, przed którymi stają, większa świadomość istnienia i złożoności wyzwań jest koniecznym pierwszym krokiem.

Bibliografia

Alpaydin, E. (2016). *Machine Learning: The New AI*. Cambridge: The MIT Press.

Goebel, R., Chander, A., Holzinger, K., Lecue, F., Akata, Z., Stumpf, S., Kieseberg, P., & Holzinger, A. (2018). Explainable AI: The New 42? W: A. Holzinger, P. Kieseberg, A.M. Tjoa, & E. Weippl (red.), *Machine Learning and Knowledge Extraction* (s. 295–303). Cham: Springer International Publishing.

Haenlein, M., & Kaplan, A. (2019). A Brief History of Artificial Intelligence: On the Past, Present, and Future of Artificial Intelligence. *California Management Review*, *61*(4), 5–14.

Hartmann, J., Schwenzow, J., & Witte, M. (2023). *The political ideology of conversational AI: Converging evidence on ChatGPT's pro-environmental, left-libertarian orientation* (arXiv:2301.01768). arXiv. DOI: 10.48550/arXiv.2301.01768

Hołub, G. (2024). Artificial intelligence: asking about its ontological status. *Logos i Ethos*, *30*(2), 97–114.

Jabłonowska, A., Kuziemski, M., Nowak, A.M., Micklitz, H.-W., Pałka, P., & Sartor, G. (2018). *Consumer Law and Artificial Intelligence: Challenges to the EU Consumer Law and Policy Stemming from the Business' Use of Artificial Intelligence - Final report of the ARTSY project* (SSRN Scholarly Paper ID 3228051). Social Science Research Network. DOI: 10.2139/ssrn.3228051

Kaminski, M. (2023). Regulating the Risks of AI. *Boston University Law Review*, *103*, 1347.

Kuśmierczyk, M. (2022). *Algorithmic Bias in the Light of the GDPR and the Proposed AI Act* (SSRN Scholarly Paper 4117936). Social Science Research Network. DOI: 10.2139/ssrn.4117936

Le, Q.V., Ranzato, M., Monga, R., Devin, M., Chen, K., Corrado, G.S., Dean, J., & Ng, A.Y. (2012). Building high-level features using large scale unsupervised learning. *Proceedings of the 29th International Coference on International Conference on Machine Learning*, 507–514.

Prince, A.E.R., & Schwarcz, D. (2019). Proxy Discrimination in the Age of Artificial Intelligence and Big Data. *Iowa Law Review*, *105*(3), 1257–1318.

Schafer, B. (2023). Formalising law, or the return of the Golem. W: B. Brozek, O. Kanevskaia, & P. Pałka (red.), *Research Handbook on Law and Technology* (s. 59–81). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Vaswani, A., Shazeer, N., Parmar, N., Uszkoreit, J., Jones, L., Gomez, A.N., Kaiser, Ł., & Polosukhin, I. (2017). Attention is All you Need. *Advances in Neural Information Processing Systems*, *30*. https://proceedings.neurips.cc/paper_files/paper/2017/file/3f5ee243547dee91fbd053c1c4a845aa-Paper.pdf (dostęp: 03.04.2025).

Villata, S., Araszkiewicz, M., Ashley, K., Bench-Capon, T., Branting, L.K., Conrad, J.G., & Wyner, A. (2022). Thirty years of artificial intelligence and law: The third decade. *Artificial Intelligence and Law*, *30*(4), 561–591.

Winston, P.H. (1992). *Artificial Intelligence* (3rd edition). Pearson.

Zou, M., Poncibò, C., Ebers, M., & Calo, R. (red.). (2025). *The Cambridge Handbook of Generative AI and the Law*. Cambridge: Cambridge University Press.

Anna Bugajska
Uniwersytet Ignatianum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0001-6078-7405
https://doi.org/10.35765/slowniki.520

Bioetyka przyszłości

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Rozważania nad bioetyką przyszłości dotyczą refleksji nad wpływem nowych technologii na funkcjonowanie służby zdrowia, a także konceptualizacji podstawowych zadań bioetyki jako dyscypliny. W szczególności koncentrują się na tendencjach spekulatywnych oraz powstających w ramach humanizmu, takich jak humanizacja, transhumanizacja czy posthumanizacja.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Początków refleksji nad bioetyką przyszłości możemy upatrywać u Hansa Jonasa (lata 70. XX w.). Tendencje posthumanistyczne i transhumanistyczne przybierają na sile od lat 90. XX w. Debata nad bioetyką przyszłości toczy się w ostatnich latach (np. nad bioetyką antycypacyjną od 2016, a nad bioetyką posthumanistyczną od 2018).

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Dla bioetyki przyszłości kluczowe są zdefiniowanie kategorii życia, człowieka oraz osoby, jak również ich relacji do technologii. W tendencji humanizującej pojawią się obawy związane z zastąpieniem lekarza przez inżyniera informatyka czy z izolacją jednostki, a w tendencjach transhumanizującej i posthumanizującej nie będzie się postrzegać tego jako czegoś problematycznego, dowartościowując relacje z podmiotami określanymi jako nie-ludzkie.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Bioetyka przyszłości związana jest z interoperacyjnością, dbaniem o dobrostan (*wellbeing*) i jakość życia oraz z edukacją cyfrową wszystkich zainteresowanych. W spektrum jej zainteresowania znajdują się również

kwestie bardziej fundamentalne, takie jak życie, człowiek, zdrowie, godność czy autonomia. Osoby spekulujące na ich temat muszą bazować na danych empirycznych i racjonalnym namyśle oraz wykazywać się znajomością mechanizmów, rządzących wyobraźnią i narracją.

Słowa kluczowe: bioetyka, przyszłość, etyka spekulatywna, transhumanizm, posthumanizm

Definicja pojęcia, obszar badań

Termin „bioetyka przyszłości" poniekąd wymyka się próbom definicji, określa bowiem obszar badawczy czegoś, co jeszcze nie istnieje, co dopiero nadchodzi – a być może nadejdzie w zupełnie innej formie, niżbyśmy tego oczekiwali. Czy zatem powinniśmy podejmować „ryzyko prorokowania"? Czy jest ono uprawnione? Zdawałoby się, że zbyt bujna wyobraźnia mogłaby zawieść bioetykę na manowce, a poniższe rozważania wypełnić jedynie pustymi zdaniami. Bioetyka przyszłości zatem nie powinna być rodzajem futurologii, ale spojrzeniem na perspektywy i wyzwania, które rysują się przed przecież tak młodą gałęzią etyki, wciąż przechodzącą transformacje i z czułością sejsmografu reagującą na nowe trendy w postrzeganiu człowieka, jego relacji do *bios* (i *zoé*), a przede wszystkim na ogromny postęp biotechnologiczny, który stawia nas przed nowymi pytaniami o granice życia, o status ontologiczny nowo powstałych organizmów czy o personalizację opieki zdrowotnej aż do punktu, w którym każdy jest sam sobie lekarzem i pacjentem.

Przykładowo fala krytyki, z którą spotkał się chiński naukowiec He Jiankui w związku z modyfikacjami genetycznymi wprowadzonymi w bliźniaczkach Lulu i Nana w 2018 r. dotyczyła takich kwestii jak: świadoma zgoda rodziców, sprawczość „dzieci na życzenie" (*designer children*), eksperymenty na ludziach (np. nieprzewidziane skutki uboczne) oraz potencjalne stworzenie ulepszonej kognitywnie rasy ludzi, ponieważ gen CCR5, który został zmodyfikowany, jest odpowiedzialny zarówno za odporność na HIV, co było deklarowanym celem modyfikacji, jak i za lepszą pamięć oraz uczenie się. Odkrycia w sprawie minimózgów – organoidów cerebralnych – dotyczące ich aktywności elektrycznej porównywalnej do ludzkich noworodków, sprowokowały pytania dotyczące etyczności tych eksperymentów oraz granicy między świadomym podmiotem a obiektem, stworzonym z komórek pozbawionych świadomości. To naturalnie prowadzi do etyki biologii syntetycznej. Jak stwierdził w 2016 roku George Church, czołowy biolog syntetyczny, w jego laboratorium tworzy się tylko komórki i nie ma on zamiaru stworzenia świadomych organizmów. Jednakże takie inicjatywy jak Woolly Mammoth Revival czy wytwarzanie sztucznego życia np. drożdży czy wirusów każą zastanowić się, gdzie należałoby zatrzymać się w takich eksperymentach, a w krytyce pojawiają się argumenty w rodzaju „zabawy

w Boga". W obliczu takiego rozwoju biotechnologii można wyobrazić sobie, że powstanie nowy, postludzki świat, zamieszkały przez ulepszonych ludzi i zwierzęta (*enhanced humans and uplifted animals*) oraz świadomą sztuczną inteligencję (*General Artificial Intelligence*). Niektóre z bardziej antyhumanistycznych trendów w posthumanizmie wzywają do dążenia do świata „po człowieku", w którym ludzkość znika z powierzchni Ziemi. W ten sposób bioetyka przeformułowana jest w stronę myślenia antyantropocentrycznego.

Dostępność konsumenckich biotechnologii w pakietach „zrób to sam" (*DYI biotechnologies*) oraz polityka wolnego dostępu pozostawiają refleksję filozoficzną nieprzygotowanym użytkownikom, a brak wytycznych, jeśli chodzi o etykę, może doprowadzić do powstania świata, w którym podstawowym probierzem moralnym będzie opinia przeciętnego konsumenta; konsumenta, którym przecież łatwo manipulować. Widać stąd żywotną konieczność stworzenia systemu etycznego, który jest w stanie sprostać wyzwaniom rysującym się na horyzoncie. Tymczasem, jeśli bioetykę przyszłości pojmować będziemy jako odnoszącą się do *emerging facts*, tj. rzeczywistości już po części istniejącej i pozwalającej nam na pewne predykcje, to dostrzeżemy, że w sporej części predykcje te obejmują przestrzenie fikcji. Jak należałoby uprawiać bioetykę w stosunku do najnowszych zjawisk, np. organoidów? Dysponujemy wprawdzie sporą ilością istniejących już zasad, protokołów postępowania czy kodeksów, lecz rozchwianie podstawowych pojęć, a w szczególności załamanie się granicy pomiędzy *bios* i *techne* każe nam przemyśleć je na nowo. Stąd pierwsze pytanie, które możemy sobie postawić, dotyczy tego, jak uprawiać spekulację, aby była efektywna, a nie szkodliwa, i jakie specjalistyczne modele etyczne są dla nas dziś dostępne. Wśród nich możemy wymienić chociażby etykę antycypacyjną czy też etykę niepewności. Dopiero w dalszej kolejności można zarysować kilka podstawowych problemów, które w niniejszym haśle odnosić się będą przede wszystkim do inwazyjnej obecności technologii w praktyce medycznej, co może prowadzić w najgorszym wypadku do dehumanizacji. Problemy bioetyczne dotyczące środowiska naturalnego są najczęściej rozważane w ramach ekoetyki, a więc tutaj będą jedynie zasygnalizowane w ramach bioetyki posthumanistycznej. Trendy związane z ulepszaniem człowieka zostaną omówione w ramach tendencji do transhumanizacji opieki zdrowotnej.

Analiza historyczna pojęcia

Dzisiejszy świat staje przed wieloma wyzwaniami, związanymi z rozwojem nowych technologii. Zwróciło to uwagę licznych komentatorów. Levi Bryant (Srnicek, Harman, & Bryant, 2011, s. 1) posunął się do twierdzenia, że jest to ekscytujący moment dla dyscypliny, bo destabilizuje się tak podstawowe kategorie jak „człowiek", „osoba", „rzeczywistość", „byt" itd., co w dyskusji akademickiej daje niezwykłą szansę na ich przeorientowanie i transformację jako nazbyt sztywnym i nieodpowiadającym współczesnym czasom. To, co ekscytuje niektórych filozofów, brzmi dość poważnie, żeby nie powiedzieć przerażająco w uszach bioetyków, etyków medycznych, lekarzy, pacjentów, biotechnologów i innych ludzi zaangażowanych w sprawy dotyczące życia i zdrowia. Postęp technologiczny często nie idzie w parze z równoległą refleksją etyczną – ta rozwija się przecież na bazie faktów i potrzebuje czasu. Stąd biotechnologia i jej użytkownicy nieczęsto mogą liczyć na etyków, zanim przejdą do testowania nowych rozwiązań. Można sobie wyobrazić, że postęp technologiczny bez solidnych podstaw konceptualnych oraz wytycznych co do etycznego postępowania jest po prostu niebezpieczny.

Już w 1979 r. Hans Jonas wyraził zaniepokojenie dalekosiężnymi skutkami rozwoju technologii, inwazyjnych dla środowiska naturalnego i powodujących radykalną transformację w tym, co do tej pory było w dużej mierze niezależne od człowieka. Tradycyjne modele etyczne uważały za wiążące jedynie najbliższe otoczenie, najbliższą przyszłość i dobro podmiotów ludzkich. Już w czasach współczesnych Jonasowi te modele stawały się coraz bardziej skomplikowane, postulował on zatem przyjęcie heurystyki strachu i silnej wersji imperatywu odpowiedzialności, które wymagałyby od użytkowników i twórców technologii dogłębnej analizy ryzyka przed rozpoczęciem prac nad potencjalnie szkodliwymi działaniami czy też takimi, których efektów nie potrafimy przewidzieć. Kilka dekad po ostrzeżeniach Jonasa mamy do czynienia z tak gwałtownym postępem technologicznym, że wymaga on zrewidowania jego wersji bioetyki przyszłości. Choć dostarcza ona odpowiednich podstaw, na których można budować, problemem dzisiejszych czasów nie jest po prostu to, czy rozwijać nowe technologie, czy też nie. Zadajemy sobie raczej pytanie, jak powinniśmy się ustosunkować do efektów już następujących zmian. Szczególnie postępy

w biotechnologii powodują pojawianie się coraz to nowych kwestii bez precedensu.

Próby dania odpowiedzi filozoficznej na te nowe wyzwania były już podejmowane. Z powodu braku danych, dotyczących dalekosiężnych konsekwencji naszych wyborów w stosunku do nowo pojawiających się form życia, filozofowie musieli uciec się do spekulacji, która przybiera różne formy. Nie jest ona typowo jednorodną metodą, a raczej amalgamatem podejść, które nie są zintegrowane w jeden system. Temat bioetyki przyszłości poruszany był już przez np. Ariego Schicka (2016) oraz Angusa Dawsona (2010). Schick eksponuje przenikanie się bioetyki i fantastyki naukowej (*science-fictionality of bioethics*), Dawson natomiast proponuje stosowanie „metody sokratycznej", tj. obieranie bardziej krytycznego podejścia, różnego od wąsko i dogmatycznie pojmowanej etyki medycznej, jak również od naiwnej ideologii. W przypadku Schicka mówimy o bioetyce antycypacyjnej, będącej praktycznym podejściem, w którym istnieje zainteresowanie przede wszystkim rozwojem odpowiednich narzędzi prawnych w relacji do pojawiających się technologii. Widać w niej, podobnie jest w przypadku propozycji Dawsona, zorientowanie na zdrowie publiczne, a zatem wpisuje się ona w zwrot bioetyki w stronę biopolityki. Warto tu wspomnieć również bioetykę hipotetyczną, która zajmuje się nie przypadkami faktycznymi czy prawdopodobnymi, ale możliwymi, oraz bioetykę profetyczną Daniela Callahana (1999), której nazwa sugeruje już odejście od faktycznie istniejących problemów.

W ogólności, w części środowiska bioetycznego panuje przekonanie, że bioetyka nie ma przyszłości, jeśli się nie zmieni, ponieważ szczególnie jej gałąź prawodawcza (*regulatory branch*) jest skostniała (Dawson, 2010; Schick, 2016). W kolejnych akapitach przyjrzymy się kilku próbom sformułowania nowej bioetyki czy też adaptacji bioetyki do nowych wyzwań, co pozwoli zadać pytanie o możliwość integracji tych modeli i stworzenia spójnej metody spekulatywnej, a także o adekwatność takich podejść w relacji do przedmiotu naszych rozważań – bioetyki przyszłości. Skoro mówimy o bioetyce przyszłości, wytwarzanej w teraźniejszości, w większości będziemy mówić o tendencjach nam współczesnych, zakorzenionych mniej lub bardziej we wcześniejszych próbach.

Pierwszą z nich będzie etyka spekulatywna, zyskujące popularność podejście wykorzystywane dość szeroko i znane od dawna praktykom etyki. Już sama nazwa brzmi paradoksalnie: skoro mówimy

o jednoczesnym wykorzystywaniu rozumu spekulatywnego i praktycznego, to istnieje znaczne ryzyko, że odejdziemy od praktyczności i konkretnych problemów, na które taka etyka miałaby odpowiadać. Jednakże taki rodzaj etyki budzi zainteresowanie, bo zwykle kojarzy się go z wykorzystywaniem eksperymentów myślowych i scenariuszy kontrfaktycznych dla rozwijania argumentacji niewspierającej się na danych empirycznych. Jeśli mielibyśmy trzymać się imperatywu odpowiedzialności Jonasa, to w zasadzie pozostaje nam właśnie tylko takie podejście, jeśli chcemy powiedzieć cokolwiek o wyborach etycznych w dziedzinie np. nanotechnologii czy postludzi. Sięga się przeto po argumenty bazujące na fikcji spekulatywnej i przedstawia je w retoryce konserwatywnej bądź progresywnej, by kształtować i przyjmować postawy w kwestiach biopolityki oraz nowych technologii (*emerging technologies*). Bioetycy tacy jak Nicholas Agar czy Leon Kass często zapożyczają przykłady z *Nowego wspaniałego świata*, *Gattaca* czy *Invasion of the Body Snatchers*, które przedstawiają możliwe konsekwencje ektogenezy, klonowania czy transferu umysłów. Jak stwierdził Johann Roduit:

> Zbyt często próbujemy zredukować idee w etyce do formułek – na przykład, w utylitaryzmie czy etyce deontologicznej. Ale etyka jest czymś więcej. W etyce chodzi również o refleksję nad tym, kim jesteśmy jako ludzie i w jakim świecie chcemy żyć. […] Fantastyka naukowa może stymulować naszą fantazję i pomóc nam wyobrazić sobie różne scenariusze możliwej przyszłości (Roduit, 2018).

W ten sposób można by postrzegać bioetykę spekulatywną jako jeszcze jedną odsłonę bioetyki kulturowej i antropologii biotechnologii, które są już dość dobrze ugruntowanymi polami badawczymi zajmującymi się konkretnym doświadczeniem praktyki bioetycznej w konkretnym kontekście różnych kultur oraz warunków socjoekonomicznych. O ile jednak bioetyka kulturowa i antropologia biotechnologii sięgają do antropologii kulturowej i tekstów o różnej wartości artystycznej, o tyle bioetyka spekulatywna odchodzi od obecnych warunków i kontekstów, a opierając się na ich fikcyjnych odpowiednikach, zwykle nie wykorzystuje dorobku krytyki kulturowej ani żadnych narzędzi stosowanych w hermeneutyce tekstów kultury. Bioetyka spekulatywna koncentruje się jedynie na intuicjach twórców fikcji spekulatywnej, którzy często sami nie są naukowcami, a jednocześnie dostarczają wysoce przekonujących analiz ryzyka spekulatywnego.

Mocną stroną takiej etyki jest uznanie roli fikcji i kultury w procesie formułowania odpowiedzi etycznej na wyzwania przyszłości. Podczas gdy niektórzy zachęcają do wykorzystania możliwości, które daje takie podejście (Schick, 2016), oczywistą słabością tak daleko idących spekulacji jest ich uwikłanie w stereotypy myślowe (*cognitive biases*) oraz konwencje fikcji, które demonizują wykorzystanie nowych technologii (*emergent technologies*). Technologie te występują często jako zabieg czy chwyt artystyczny (*device*), a mają służyć uwypukleniu czy przedstawieniu innego problemu, np. kwestii środowiska naturalnego czy psychologii postaci. To przekłada się z kolei na społeczno-kulturową konstrukcję przyjmowanych poglądów na temat technologii i etycznego postępowania, które jest silne siłą fikcyjnych obrazów, a nie racjonalnej oceny. Brak kompetencji w badaniach literaturoznawczych czy – szerzej – kulturoznawczych, powoduje nadinterpretacje czy też uproszczenia w odczytywaniu tekstów kultury. Brakuje też wyczulenia na wewnętrzną poetykę tekstu i techniki narracyjne, jak również na ukorzenienie tekstów w konkretnej kulturze.

Co więcej, taka bioetyka spekulatywna jest zabarwiona już na wstępie tendencjami alarmistycznymi lub też progresywnymi i pozostaje pod wpływem fikcyjnych obrazów oraz siły retorycznej i afektywnej historii, które przywołuje. Scenariusze spekulatywne mogą być nadużywane przez bioetyków właśnie z powodu ich siły retorycznej. Przykładowo dowiedzione jest, że tzw. biokonserwatywni krytycy ulepszania człowieka mają tendencje do przywoływania hipotetycznych jego konsekwencji wyobrażonych wiele lat temu (np. przez Mary Shelley czy Aldousa Huxleya) jako pełnoprawnych argumentów przeciwko biomodyfikacjom, używając ich jako skutecznego narzędzia retorycznego, które ma przekonać do wprowadzenia regulacji zgodnie z ich przekonaniami (Kendal, 2015; Clarke, Savulescu i in., 2016). Jednocześnie łatwo zaobserwować tendencje do mitologizacji i fabularyzacji nowych technologii (*emergent technologies*) wśród filozofów o nachyleniu progresywnym przy formułowaniu imperatywów etycznych (np. Bostrom, 2005). Procesy te mają na celu wytworzenie wartości wymiany (*exchange value*) dla nowych technologii, dzięki której stają się one pożądane dla konsumenta. Widać stąd, że odpowiedzialne wykorzystanie etyki spekulatywnej wiąże się z wieloma wyzwaniami.

Innym popularnym podejściem jest bioetyka posthumanistyczna, wywodząca się z tradycji myśli posthumanistycznej (szczególnie od

lat 90. ubiegłego stulecia), reprezentowana przez takie filozofki jak N. Katherine Hayles, Donna Haraway i Rosi Braidotti (szczególnie jej szkoła letnia Posthuman Ethics, Pain and Endurance w Utrechcie, 2018). Bioetyka posthumanistyczna koncentruje się na antyantropocentrycznej wizji świata i holistycznym traktowaniu wszystkich organizmów, które tworzą jeden „asemblaż" (*assemblage*): grupę luźno powiązanych elementów. Bioetykę tę przenika myśl nieesencjalistyczna, zakładająca, że nie istnieje natura ludzka czy „esencja" człowieka, oraz przekonanie, że już jesteśmy postludźmi (Hayles, 1999). Wedle Braidotti miałaby ona polegać na dbaniu o dobrostan całego asemblażu, a nie tylko o dobrostan jego jednej niewielkiej części, tj. ludzi. Łączy się to z wnioskami płynącymi z głębokiej ekologii oraz z nieantropocentrycznej teorii chthulucenu Haraway (2016), w której uwzględnia się perspektywę bytów innych niż ludzkie, wymagającej etyki głęboko relacyjnej (zgodnie z hasłem *make kin, not babies*), skupiającej się nie na podmiotach (*agents*), ale na ich wzajemnych, nieraz skomplikowanych, powiązaniach. Te relacje – oraz ich strony – istnieją na zasadzie niekoniecznej i mogą ulec zmianie w każdym momencie; nie mogą być zatem podstawą żadnej uniwersalnej odpowiedzi etycznej (takiej etyki relacyjnej nie należy mylić z etyką relacji w personalistycznej etyce medycznej, która podkreśla więź pomiędzy wszystkimi członkami opieki zdrowotnej).

Braidotti nie tłumaczy wprost, jak posthumanizm miałby być zastosowany w bioetyce. Biorąc pod uwagę jej nacisk na aspekty kulturowe i społeczne w opiece medycznej, można się domyślić, że w takiej bioetyce należy dostrzegać różnorodność i zwrócić się do pewnego rodzaju sytuacjonizmu. Decyzje zatem należałoby podejmować *ad hoc*, ale oceniać ich skutki w szerszym kontekście ich wpływu na całość asemblażu – nie tylko na ludzi, ale i na te jego części, które ludźmi nie są. Wzrasta zatem znacznie waga odpowiedzialności: skoro człowiek nie jest centrum systemu odniesienia bioetyki, to praktyki związane z ratowaniem życia w perspektywie antropocentrycznej mogą być postrzegane jako samolubne, a więc nieetyczne. Uogólniony i rozszerzony altruizm mógłby wymagać od bioetyków postulowania wymarcia ludzkości, jak to czasem ma miejsce w ruchach dążących do kontroli narodzin czy całkowitego ich ograniczenia.

W porównaniu do etyki spekulatywnej etyka posthumanistyczna stara się sprowadzić dyskusję do konkretnego kontekstu. Może jednak

mieć tendencje do wpadnięcia w pułapkę etyki sytuacyjnej, w której nie ma absolutnych wartości, a takie zasady jak zasada nieszkodzenia czy dobroczynności zależą od tego, kto w danym przypadku decyduje. Wydaje się, że jedyną stabilną cechą tej etyki jest antyantropocentryzm. Każda decyzja powinna być podejmowana z myślą o całości systemu, a ludzie nie są uprzywilejowani, jeśli chodzi o prawo do życia.

Co więcej, etyka posthumanistyczna ma tendencje do ignorowania innych gałęzi etyki, które są niezwykle istotne dla bioetyki, takich jak personalizm czy etyka transcendentna. Refleksja rozwija się prawie jedynie na fundamencie argumentacji naukowców antyantropocentrycznych. Choć dostarcza ona cennych przemyśleń na temat rozszerzonej koncepcji człowieka (np. w odniesieniu do organoidów), to nie wykorzystuje ich do konsekwentnej ochrony każdej formy życia ludzkiego (np. embrionów), ale zwraca się ku „nie-ludzkiemu" Innemu. Warto zauważyć, że Braidotti nie uważa słowa *bios* za synonim „życia" – preferuje słowo ***zoé***, co zasadniczo zmienia orientację bioetyki w kierunku uogólnionej siły życiowej oraz odcina ją od zwyczajowego kontekstu medycznego.

Nie tylko pojęcie „życia" jest niejasne: równie mało sprecyzowane jest pojęcie postczłowieka, co w zasadzie nie pozwala na wybór właściwej ścieżki w bioetyce posthumanistycznej. Liminalność tych zjawisk, ich pograniczny charakter, wymaga zwrócenia się w stronę etyki niepewności (Żuradzki, 2017). Jednakże podejścia, które wykorzystują etykę niepewności, utrudniają wszelkie próby unormowania, usystematyzowania i wreszcie uregulowania postępowania z danymi zjawiskami. Zakładając, że odpowiednia analiza ryzyka czy ocena dobra jest w zasadzie niemożliwa bez mierzalnych danych czy narzędzi, które miałyby je mierzyć, etyka taka nie może dostarczyć konkretnych odpowiedzi na nowe wyzwania.

Na koniec warto wspomnieć o realizmie spekulatywnym, który jest częściowo reakcją na dwudziestowieczną dekonstrukcję, postmodernizm i fenomenologię (Srnicek, Harman, & Bryant, 2011, s. 3). Fenomenologia jest istotna w bioetyce, ponieważ kieruje uwagę na podmiot moralny. Ten podmiot zwykle rozumiany jest jako ludzki; jednakże współcześni komentatorzy poddają to założenie krytyce w duchu antyantropocentryzmu. Chodzi tu głównie o uprzywilejowaną rolę „człowieka" jako osoby i tych, których za osoby uważamy – jeśli kogoś za

takiego nie uważamy, to w bioetyce może to prowadzić do powstania kategorii „podłych ciał" (*vile bodies*), na których można eksperymentować. Realizm spekulatywny zwraca uwagę na wielość rodzajów bytu, podejmując dyskusję nad niejasną kategorią „osoby" oraz kwestią świadomości i samoświadomości. Brak solidnej refleksji ontologicznej może prowadzić do niepotrzebnego cierpienia – a zatem tacy teoretycy jak Graham Harman, Levi Bryant czy Timothy Morton starają się lepiej zrozumieć rzeczywistość poprzez próby spekulatywne. Droga obrana przez ten typ spekulacji jest może najbliższa dylematom bioetycznym, które dotyczą nowych form życia z nieokreślonym statusem osobowości i świadomości, ale najczęściej koncentruje się na rzeczach (np. w ontologii zorientowanej na obiekty Grahama Harmana) i przypisuje im spekulatywny, możliwy czy też wyobrażony wymiar psychiczny (np. Steven Shaviro).

Dla bioetyki przyszłości wartość realizmu spekulatywnego leży w tym, że proponuje on alternatywę dla tych z filozofów, którzy chcieliby uniknąć esencjalizmu, lecz wciąż niepokoi ich kwestia możliwego cierpienia form życia o nieokreślonym statusie ontologicznym. Możemy na jego bazie zbudować dobrze rozumiany lęk przed naruszeniem godności Innego. Jednakże realizm spekulatywny zwykle nie formułuje twierdzeń bioetycznych, jeśli chodzi o zastosowanie jego zaleceń np. w etyce medycznej lub w rozwoju biotechnologii.

Najbliższy sformułowaniu jakichkolwiek wiążących zasad, dotyczących *bios*, jest w tym ujęciu Timothy Morton (2017). Nie waha się nazywać świata poza człowiekiem „ludźmi", skłaniając się w ten sposób do perspektywy płaskiej ontologii, czyli przekonania o równym statusie ontologicznym wszystkich elementów środowiska naturalnego. Oznacza to odrzucenie rozumienia człowieka w ujęciu Kanta – człowiek nie może już być celem samym w sobie. Implikuje to potencjalne wykorzystanie każdego bytu w celu poprawienia kondycji innych.

Realizm spekulatywny sięga, podobnie jak etyka spekulatywna, do wyobraźni i fikcji, a w sposób zbliżony do etyki posthumanistycznej przyjmuje pozycję nieantropocentryczną. W przeciwieństwie do nich próbuje on jednak wyjść poza formułowanie zasad postępowania w konkretnych przypadkach i stara się zbudować większy system filozoficzny, co sugerują już same nazwy trendów (realizm spekulatywny, ontologia zorientowana obiektowo). Spotkał się on już z ostrą krytyką jako prąd,

który konstruuje pewną narrację opartą w dużej mierze na fikcjach, nie przynosi zatem zdyscyplinowanej refleksji filozoficznej i zaciera granicę pomiędzy myśleniem „realistycznym" a „magicznym". Sami przedstawiciele tego nurtu (Harman, Srnicek, & Bryant, 2011, s. 16) twierdzą, że realizm spekulatywny ma przed sobą wiele problemów do rozwiązania. Ze względu na swój eksperymentalny charakter nie stara się formułować stwierdzeń normatywnych, które mogłyby przełożyć się na zasady i rozwiązania prawne. Można by go scharakteryzować jako „dziwaczny" (*bizarre*; Srnicek, Harman, & Bryant, 2011, s. 7) i antyantropocentryczy oraz znajdujący się na granicy panpsychizmu. Pozostając pod silnym wpływem głębokiej ekologii (*deep ecology*), koncentruje swą uwagę na „nie-ludzkim" Innym (*non-human Other*), a niewiele mówi o samych ludziach. Odejście od rzeczywistości, pomimo deklarowanego realizmu, możemy zaobserwować u Shaviro i Mortona, których myśl ma głębokie korzenie w fikcji Philipa Pullmana oraz Gwyneth Jones. Inspiracje te mogą budzić wątpliwości co do wartości refleksji filozoficznej opartej na scenariuszach fikcyjnych, które nieraz są już same w sobie zideologizowane.

Poważnym problemem przy potencjalnym wykorzystaniu realizmu spekulatywnego dla rozwoju bioetyki przyszłości jest brak głębszej refleksji nad kategorią osobowości (*personhood*): przypisuje się po prostu miano osoby zwierzętom czy przyrodzie nieożywionej albo się z niego całkowicie rezygnuje. W przypadku bioetyki posthumanistycznej i etyki spekulatywnej osobowość nie jest kwestią: czyni się w nich założenia, które wychodzą z systemów filozoficznych, stanowiących podstawę tych podejść (np. rozmycie pojęcia „natury ludzkiej"). W tym przypadku próba stworzenia nowej ontologii potrzebowałaby dokładniejszej definicji, co jest obiektem troski (*object of care*). W bioetyce status osoby wiąże się z konkretnym rozumieniem godności i tożsamości. W przypadku ontologii zorientowanej obiektowo musielibyśmy mówić o spekulatywnej godności i spekulatywnej tożsamości, które miałyby zapobiegać przeprowadzaniu nielegalnych eksperymentów (*unauthorized experiments*) z udziałem myślących i czujących stworzeń (*sentient beings*), które to eksperymenty naruszałyby ich godność. Warto byłoby przeprowadzić głębszą refleksję nad antropologią spekulatywną, która brałaby pod uwagę nie tylko byty spekulatywne, ale też faktyczne. Choć autorzy tacy jak Steven Shaviro mówią o psychologii spekulatywnej, nie

jest łatwo na tej podstawie formułować stwierdzenia o spekulatywnej godności.

Wreszcie oczywistym problemem jest uprzedmiotowienie: można domyślać się, że pomimo szerokiego zastosowania terminów „człowiek" i „ludzie" wszystkie podmioty traktowane są w tej refleksji przedmiotowo. Można zatem podejrzewać, że obietnice realizmu spekulatywnego co do lepszej opieki nad syntetycznym życiem i przygotowania społeczeństwa na uczłowieczoną *General Artificial Intelligence* oraz rekombinantów są w zasadzie puste. Nie chronią one uprzedmiotowionego sztucznego życia: raczej zagrażają każdemu życiu, implikując eksperymentowanie bez ograniczeń i dając podstawy do zniszczenia każdej części systemu, jeśli tylko służy to osiągnięciu „większego dobra". Można by pokusić się o stwierdzenie, że jest to nowe wcielenie utopijnego utylitaryzmu, w którym można poświęcić ludzi dla dobra nie tylko „ludzkich" Innych.

Ujęcie problemowe pojęcia

Przedstawione powyżej trendy w etyce i spekulacji pozwalają stwierdzić, że zasadniczym problemem dla bioetyki przyszłości jest dookreślenie kategorii człowieka i osoby, a także ich relacji do technologii. Możemy je rozważać jako możliwą humanizację, transhumanizację czy posthumanizację, o której była już mowa wyżej. O ile wiele się mówi o rozciągnięciu troski i uwagi na byty „nie-ludzkie", o tyle stosunkowo niewielką uwagę poświęca się wąsko pojmowanemu człowiekowi, pacjentowi czy lekarzowi, a zatem osobom znajdującym się w centrum tradycyjnie pojmowanej bioetyki. Jeśli zadajemy sobie pytanie o to, jak zmieni się bioetyka w przyszłości, to być może stanie się bardziej inkluzywna, ale czy lepsza? Czy rozwój biotechnologii będzie miał wpływ na ochronę życia ludzkiego w codziennym, praktycznym wymiarze?

Rozwój technologii z pewnością powoduje obawy co do dehumanizacji w opiece zdrowotnej i desensytyzacji zwłaszcza tych, których zadaniem jest troska o innych. W obawie przed tymi tendencjami zaczyna się mówić głośno o konieczności humanizacji medycyny – sprawieniu, by była bardziej „ludzka" i odnosząca się do psychiczno-duchowego wymiaru człowieka, a z lekarza nie czyniła po prostu inżyniera

obsługującego skomplikowany mechanizm. W tym duchu w 2023 roku w Warszawie odbył się I Kongres Humanizacji Medycyny. Bogaty program dyskusji obejmował różne aspekty pracy służby zdrowia, istotne z punktu widzenia bioetyki, jak na przykład komunikacja, opieka, więzi międzyludzkie, zarządzanie placówkami służby zdrowia czy nauczanie. Te aspekty są przedmiotem zainteresowania również takich grup jak Humanization in Health, w ramach programu HEST (Higher Education for Social Transformation) i dyskutuje się o nich podczas kongresów np. World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Medical Law. Zagadnienie staje się nieco jaśniejsze, jeśli odniesiemy się do humanizacji pracy czy humanizacji techniki. Wykorzystanie najnowszych technologii w medycynie nie tylko nie oznacza dehumanizacji, ale wręcz pozwala na przywrócenie człowiekowi godności, jak to ma miejsce w przypadku przeszczepu twarzy. W procesie humanizacji ważne jest zwrócenie uwagi na to, żeby to technologia była dostosowana do pacjenta, a nie pacjent do technologii, i że należy pamiętać nie tylko o osobach poddawanych terapii, lecz również o tych, którzy im tę opiekę zapewniają (w domyśle: którzy obsługują technologie).

Zdaje się, że humanizacja jest obecnie wzrastającym trendem; nie jest natomiast jedynym. Wiele ze zjawisk związanych z rozwojem biotechnologii jest obiektem zainteresowania ruchu, który nazywany jest transhumanizmem – postulowałabym, dla potrzeb dyskusji, potraktowanie go dość szeroko tak, aby uwypuklić coś, co można nazwać alternatywą dla humanizacji bioetyki, a mianowicie: jej transhumanizację. Widać to już po niektórych spekulatywnych czy posthumanistycznych propozycjach, wspomnianych wcześniej. Zwykle obawiamy się dehumanizacji czy depersonalizacji, natomiast transhumanizacja jawiłaby się nie jako zaprzeczenie, ale jakby „ulepszenie" humanizacji – bioetyka transhumanistyczna również ma na celu dobro człowieka, natomiast dobro to jest zapewne rozumiane inaczej niż w humanizacji. O ile humanizacja dotyczy procesów terapeutycznych, a zatem związanych z leczeniem chorób, o tyle transhumanizm kieruje uwagę w dużej mierze na osoby uznawane za zdrowe w celu poprawy jakości ich życia. Rozumienie zatem zdrowia czy medycyny, a także roli technologii byłoby odmienne. Co więcej, technologia jest tu kluczowym elementem, pojawiającym się w miejsce bardziej „miękkich" technik pomocy człowiekowi, które są charakterystyczne dla humanizacji.

Problematyka, którą można poruszać przy okazji transhumanizacji medycyny, jest szeroka. Z pewnością jednym z najbardziej dyskutowanych trendów jest dataizm, opisana przez Yuvala Noaha Harariego w 2016 „nowa religia", redukująca człowieka do danych, które wytwarza, oraz instrumentarianizm, opisany przez Shoshanę Zuboff, w którym dane cyfrowe zostają zmonetyzowane i włączone w obieg biokapitalizmu. W tych dwóch systemach mamy do czynienia z prymatem informacji nad człowiekiem oraz komercjalizacją procesu cierpienia. W przypadku systemów e-zdrowia zasadniczo znika opcja *opt-out*, czyli następuje przymus partycypacji: jeśli nasze dane nie znajdują się w systemie, może to oznaczać nawet śmierć. W przypadku zgody na partycypację w digitalizacji zdrowia ponosimy ryzyko związane z prywatnością danych, ale również z depersonalizacją. Ogólnie tendencja do depersonalizacji pacjenta jest wysoka, a co dopiero, gdy lekarz nie ma faktycznie styczności z osobą, a jedynie z danymi, jak w przypadku cyfrowych bliźniaków. Jeśli dane nie są człowiekiem, to można by je sprzedawać i kupować, a także w miarę dowolnie nimi manipulować. Zwraca się jednak uwagę, że w przypadku przekonania o tym, że człowiek to tak naprawdę zbitek danych, handel danymi powinien być w konsekwencji traktowany tak, jak handel ludźmi czy organami. Jest to odległe od obowiązków bioetyki, sformułowanych w Deklaracji helsińskiej, gdzie ochrona rozciąga się również na prywatność, dane osobowe i godność, które są ściśle połączone.

W odniesieniu do transhumanizacji można również stwierdzić, iż proponowana wizja antropologiczna prowadzi do kultu nadczłowieka, a zatem nałożenia obowiązku bioetycznego, dotyczącego ulepszania aż do osiągnięcia statusu nadczłowieka czy też traktowania technologii jako lekarstwa na ułomności ludzkie. Często, zgodnie z nowszymi trendami biopolitycznymi i w reakcji na paternalizację w medycynie, dochodzi do przesunięcia odpowiedzialności za własne zdrowie na pacjenta-konsumenta. Lekarz staje się tylko inżynierem, doradcą inwestycyjnym lub sprzedawcą zdrowia. Dzięki dostępowi do danych pacjenci często mogą sami podejmować działania związane z własnym zdrowiem, posiłkując się podpowiedziami algorytmów, które analizują ich dane. Oczywiście, może tu dojść do uzależnienia od algorytmów oraz do izolacji, szczególnie u seniorów. Wreszcie, bardzo niejasne są jeszcze relacje człowiek-maszyna, które inaczej będą funkcjonować w przypadku

technicyzacji ciała, a inaczej w przypadku zastąpienia systemów przywiązania i relacji afektywnych z ludźmi relacjami z oprogramowaniem.

Transhumanizacja w bioetyce przyszłości byłaby, podobnie jak humanizacja, skoncentrowana na pacjencie, lecz w zupełnie inny sposób. Byłby to pacjent w procesie autonomicznego ulepszania się czy też zarządzania swoim zdrowiem, a nie terapii; konsument na rynku służby zdrowia. Człowiek byłby rozumiany jako zbitek danych, a w najlepszym wypadku części, które mogłyby być wymienne. Sfera emocjonalna miałaby znaczenie raczej jako wartość rynkowa. W prawie należałoby oczekiwać dążenia do uznania za osoby nowych bytów, np. hybryd czy organoidów, co jest spójne z postulatami bioetyki posthumanistycznej.

Rywalizacja pomiędzy humanizacją i transhumanizacją medycyny przypomina trochę wyścig dwóch różnych tendencji, w których inaczej rozkłada się akcenty i inaczej reaguje na postęp biotechnologiczny. Z pewnością zwolennicy obu tendencji są świadomi zagrożeń niekontrolowanych eksperymentów, lecz odczytują je inaczej i na swój sposób próbują sobie radzić z pytaniami o relacje człowieka z technologią, tak aby uniknąć dehumanizacji zarówno pacjenta, jak i lekarza. O ile jednak w tendencji humanizującej nie pojawią się obawy związane z zastąpieniem lekarza przez inżyniera informatyka czy z izolacją jednostki, a w tendencjach transhumanizującej i posthumanizującej nie będzie się postrzegać tego jako czegoś problematycznego, dowartościowując relacje z podmiotami określanymi jako nie-ludzkie.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Obecna ewolucja bioetyki zmierza, przynajmniej częściowo, w stronę biopolityki i coraz silniej wyodrębnia się jako raczej zarządzanie życiem niż jego ochrona. W związku z postępującą technicyzacją medycyny oraz digitalizacją służby zdrowia następują kolejne przemiany, które powodują przesunięcie akcentów w praktyce bioetycznej. Bioetyka przyszłości, jeśli chodzi o aspekt techniczny, związana jest z interoperacyjnością, dbaniem o dobrostan (*wellbeing*), jakość życia oraz z edukacją cyfrową wszystkich zainteresowanych. W spektrum jej zainteresowania znajdują się jednak również kwestie bardziej fundamentalne.

Coraz bardziej zaawansowana bioinżynieria, pozwalająca na manipulację genetyczną, genomika, która daje podstawy do myślenia o medycynie personalizowanej, tworzenie ludzko-zwierzęcych hybryd czy sztucznego życia, jak xenoboty czy organoidy, zwiększona rola robotów oraz sztucznej inteligencji w służbie zdrowia czy opiece nad pacjentami stanowią listę niemalże niekończących się wyzwań na poziomie konceptualnym i odpowiedź na tak kluczowe dla bioetyki pojęcia jak życie, człowiek, zdrowie, godność czy autonomia.

Bioetyka przyszłości może się wydawać czystą zabawką wyobraźni, antyantropocentryczną bajką czy teoretyzowaniem, które po prostu staje się przedłużeniem istniejących stereotypów, nadużyć czy praktyk. Spekulacja na temat przyszłości nie może być oddzielona od danych empirycznych czy racjonalnego namysłu; nie może również ignorować mechanizmów, rządzących wyobraźnią i narracją. Już sama etymologia słowa „spekulacja" (*speculum*: lustro) łączy ją raczej z tym, co można zaobserwować, niż z wymysłami. W dalszej pracy nad bioetyką przyszłości należy dobrze przyjrzeć się temu, co „spekulacja" oznaczała w filozofii na przestrzeni wieków, i dobrać te metody, które są pożądane, usuwając te prowadzące donikąd. Trzeba również nakreślić ograniczenia takich metod – dla różnych celów można by używać spekulacji w rozmaitych formach i zakresach. Warto zauważyć, że wiele z podejść, które powiązane są z etyką spekulatywną czy posthumanistyczną, wyrasta z tradycji antyhumanistycznych, w których instrumentalizuje się człowieka. Bioetyka natomiast powinna chronić wszystkie formy życia, a w podejściu posthumanistycznym napotykamy poważne problemy z określeniem tego, czyje życie ma wyższą wartość. Etyka spekulatywna zatem może łatwo stać się narzędziem biopolitycznym, w którym określenie tej wartości może zależeć od np. funkcjonalności danego organizmu.

Jak widać, bioetyka przyszłości jest polem dynamicznym i stawiającym wiele wyzwań. Nie jest po prostu futurologią, ale pewną realizacją czy ewolucją imperatywu odpowiedzialności – a zatem przyjęciem odpowiedzialności za dobro przyszłych pokoleń, za ochronę życia i zdrowia oraz godności jednostek objętych obowiązkiem etycznym. Aby jednak ten obowiązek realizować, musi być traktowana poważnie jako pole rozważań, z uwagą poświęconą jej interdyscyplinarnemu charakterowi oraz sile retorycznej, aby uniknąć jej ideologizacji.

Bibliografia

Bostrom, N. (2005). The Fable of the Dragon-Tyrant. *Journal of Medical Ethics*, *31*(5), 273–277.

Braidotti, R. (2013). *The Posthuman*. Cambridge: Polity Press.

Callahan, D. (1999). The Social Sciences and the Task of Bioethics. *Daedalus*, *128*, 275–294.

Clarke, S., Savulescu, J., Coady, C.A.J., Giubilini, A., & Sanyal, S. (red.) (2016). *The Ethics of Human Enhancement: Understanding the Debate*. Oxford: Oxford University Press.

Dawson, A. (2010). The Future of Bioethics: Three Dogmas and a Cup of Hemlock. *Bioethics*, *24*, 218–225.

Haraway, D. (2015). Anthropocene, Capitalocene, Plantationocene, Chthulucene: Making Kin. *Environmental Humanities*, *6*, 159–165.

Hayles, N.K. (1999). *How We Became Posthuman. Virtual Bodies in Cybernetics, Literature, and Informatics*. Chicago: University of Chicago Press.

Jonas, H. (1996). *Zasada odpowiedzialności. Etyka dla cywilizacji technologicznej*. Przeł. M. Klimowicz. Kraków: Wydawnictwo Platan.

Kendal, E. (2015). Utopian Visions of 'Making People': Science Fiction and Debates on Cloning, Ectogenesis, Genetic Engineering, and Genetic Discrimination. W: P. Stapleton & A. Byers (red.), *Biopolitics and Utopia. An Interdisciplinary Reader* (s. 89–118).

Morton, T. (2017). *Humankind: Solidarity With Non-Human People*. London: Verso.

Roden, D. (2015). *Posthuman Life: Philosophy at the Edge of the Human*. London–New York: Routledge.

Roduit, J. (2018). Science Fiction Enriches Ethical Discourse. *UZH News*. https://www.news.uzh.ch/en/articles/2018/science-fiction.html (dostęp: 26.01.2015).

Schick, A. (2016). Whereto Speculative Bioethics? Technological Visions and Future Simulations in a Science Fictional Culture. *Medical Humanities*, *42*, 225–231.

Srnicek, N., Harman, G., & Bryant, L. (2011). *The Speculative Turn: Continental Materialism and Realism*. Melbourne: re.press.

Żuradzki, T. (2017). Ethics and Uncertainty: The Guest Editor's Introduction. *Diametros*, *53*, 1–5.

Marian Machinek
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
https://orcid.org/0000-0002-1857-1018
https://doi.org/10.35765/slowniki.546

Bioetyka – perspektywa katolicka

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Podczas gdy szeroka definicja bioetyki dotyczy odniesienia człowieka do życia w ogólności, bioetyka w sensie ścisłym rozumiana jest jako racjonalna refleksja etyczna w obrębie problematyki medycznej, uwzględniająca wzrastające możliwości diagnostyczno-terapeutyczne medycyny, dotycząca szczególnie relacji terapeutycznej. Bioetyka katolicka jest zakorzeniona w personalistycznej wizji osoby ludzkiej.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Słowa i czyny Jezusa Chrystusa, szczególnie traktowanie z szacunkiem i miłością chorych i odrzuconych, stanowią podstawową inspirację katolickiego namysłu etycznego w obrębie problematyki medycznej. Szeroko rozumiany imperatyw terapeutyczny przybrał w społeczeństwach chrześcijańskich ramy instytucjonalne (przytułki, schroniska, szpitale). I teksty chrześcijańskich myślicieli, i wypowiedzi Magisterium Kościoła katolickiego pozwoliły w ciągu wieków na stworzenie i nieustanne uaktualniane zasad i norm w obszarze etyki medycznej i bioetyki.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Kwestie bioetyczne, szczególnie te u początku i u kresu życia ludzkiego, rozstrzygane są w obszarze bioetyki katolickiej z uwzględnieniem godności osoby ludzkiej jako wiodącej zasady. Nadto istotne są zasady dotyczące rozwiązywania sytuacji konfliktowych (np. zasada całościowości), jak też zasady katolickiej nauki społecznej (np. zasada dobra wspólnego czy zasada solidarności).

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Źródłem kontestacji zasad i norm wypracowanych w ramach tradycyjnej

katolickiej refleksji bioetycznej jest odmienna koncepcja człowieka, szczególnie znaczenie ludzkiej cielesności i rozumienie zakresu ludzkiej autonomii. Komercjalizacja współczesnej medycyny powiązana z dominacją tendencji relatywistycznych i indywidualistycznych w bioetyce i bioprawie prowadzą do postrzegania służby zdrowia wyłącznie w kategoriach usługi medycznej, a co za tym idzie – do zmiany całego etosu lekarskiego.

Słowa kluczowe: bioetyka, bioetyka katolicka, świętość życia, etyka medyczna, godność człowieka

Definicja pojęcia

Bioetyki nie należy postrzegać jako szczególnego rodzaju etyki z odmiennymi od innych „etyk" pryncypiami, ale raczej jako dział filozoficznej etyki szczegółowej, przy czym jej zakres znaczeniowy bywa określany w różny sposób. W ramach ujęć szerokich bioetyka jest definiowana jako nauka dotycząca zasad odpowiedzialnego obchodzenia się człowieka z życiem w ogólności. Tak rozumiana bioetyka obejmowałaby nie tylko kwestie etyczne dotyczące życia człowieka, ale także refleksję związaną ze statusem moralnym zwierząt i odniesieniem się człowieka do nich, kwestię traktowania przez człowieka innych organizmów żywych czy nawet warunki powstania i przetrwania życia biologicznego na Ziemi. Tak szeroka perspektywa jest wynikiem wzrastającej świadomości wzajemnego powiązania i zależności wszystkich przejawów życia na Ziemi oraz warunków związanych z funkcjonowaniem całej planety, co w nawiązaniu do łacińskiego pojęcia *rete* („sieć") bywa określane jako „retyniczność" (*Retinität*) (Korff, 2000, s. 15). W szerokiej perspektywie bioetykę można zatem zdefiniować jako próbę „systematycznej refleksji nad wszystkimi działaniami człowieka, które wpływają na istoty żywe", usiłującą określić wartości i normy, którymi człowiek powinien kierować się w ramach interwencji nauki i technologii w życie i całą biosferę (Sgreccia, 2012, s. 35). Zgodnie z rozumieniem węższym natomiast przedmiotem bioetyki jest ocena moralnego wymiaru interwencji w życie ludzkie, szczególnie tych związanych z rozwojem medycyny. Jej specyfika polega na konieczności łączenia refleksji antropologiczno-etycznej z wiedzą medyczną, psychologiczną i socjologiczną w sposób, który umożliwiałby podejmowanie odpowiedzialnych decyzji w różnych, nierzadko granicznych sytuacjach terapeutycznych. Właśnie grupa zagadnień koncentrująca się wokół relacji lekarz – pacjent wraz z całym kontekstem ingerencji w życie ludzkie wyznacza najbardziej klasyczny obszar bioetyki (Korff, 2000, s. 7).

Perspektywa katolicka, wpływająca na sposób refleksji bioetycznej oraz na jej treść, bywa czasami utożsamiana z pojęciem „bioetyki katolickiej". Określenie to, aczkolwiek możliwe do zaakceptowania i szeroko używane, może być jednak mylące, gdyby się chciało przez nie rozumieć odrębny, ściśle religijny system etyczny, charakteryzujący się odmiennymi normami i niemożliwymi do akceptacji bez przyjęcia prawd wiary wskazaniami moralnymi dostępnymi jedynie w Objawieniu chrześcijańskim.

W powierzchownym oglądzie różnica między bioetyką „świecką" a bioetyką „katolicką" byłaby podobna do równie szablonowego rozróżnienia między filozofią a teologią: podczas gdy ta pierwsza miałaby odwoływać się jedynie do argumentów czysto rozumowych, ta ostatnia bazowałaby na wiedzy zaczerpniętej z Objawienia. Chociaż taka dystynkcja nie jest całkowicie pozbawiona racji, jest jednak na tyle powierzchowna, że musi zostać koniecznie dookreślona. Należy podkreślić, że „[p]ersonalistyczne, ontologicznie ugruntowane stanowisko, do którego odnoszą się katolicy, nie jest fideistyczne i nie rezygnuje z racjonalnego uzasadnienia wartości i norm" (Sgreccia, 2012, s. 23). Próby traktowania refleksji bioetycznej w kontekście wiary katolickiej jako rodzaju konfesyjnej „bioetyki z przymiotnikiem" i odróżniania jej od „bioetyki neutralnej", opartej wyłącznie na refleksji rozumowej i abstrahującej od wszelkich odniesień do wiary religijnej, trzeba uznać za błędne. Żadna refleksja etyczna nie jest „neutralna", gdyż każdy normatywny namysł musi opierać się na przedrozstrzygnięciach natury antropologicznej, a poniekąd także dotyczącej wiary religijnej (Schockenhoff, 2014, s. 36–37). Dopiero sposób rozumienia osoby ludzkiej wraz z właściwym dla niej statusem moralnym, a także (przynajmniej *implicite*) rozstrzygnięcie, czy będzie się uwzględniało bądź negowało odniesienie do (jakkolwiek rozumianej) Transcendencji, pozwalają na formułowanie zasad etycznych i odpowiadających im szczegółowych norm i ocen. Nie ulega wątpliwości, że uwzględnienie Objawienia chrześcijańskiego wpływa na bioetykę katolicką zarówno od strony formalnej, jak i treściowej, podobnie jak odrzucenie odniesienia do impulsów religijnych ma wpływ na bioetykę laicką formalnie i treściowo. O ile na poziomie zasad ogólnych, takich jak np. zasady nieszkodzenia czy sprawiedliwości, zachodzi daleko idąca zgodność między bioetykami różnej proweniencji, o tyle sposób rozumienia tych pryncypiów oraz szczegółowe konsekwencje ich zastosowania mogą się już znacznie od siebie różnić, a tym samym prowadzić do odmiennych ocen moralnych (Meilaender, 2020, s. 10–11).

Analiza historyczna pojęcia

Chociaż rozważanie kwestii etycznych w kontekście dylematów w praktyce medycznej zyskało nazwę bioetyki dopiero w latach 70. XX w., to jednak sama refleksja „bioetyczna" jest znacznie starsza. W kontekście

chrześcijańskim kwestia wartości życia ludzkiego i właściwego odniesienia do bliźniego należała od zawsze do fundamentalnych zagadnień moralnych. Z jednej strony Chrystusowe utożsamienie się z „najmniejszymi", a więc także z dotkniętymi chorobami i pozbawionymi pomocy (zob. Mt 25,40: „Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili") stanowiło dla wielu wyznawców Chrystusa wezwanie do opieki nad chorymi. Z drugiej – konieczność znalezienia odpowiedzi na konkretne dylematy moralne prowadziła w naturalny sposób do wypracowania zarówno ogólnych zasad, jak i konkretnych norm określających działanie moralnie dobre i słuszne w zakresie troski o życie. Już w najstarszych apokryfach Nowego Testamentu można znaleźć konkretne wskazania, które mocno kontrastują z normami przyjętymi w niechrześcijańskim otoczeniu. Przykładem może być *Didache*, utwór z początku II w. po Chr., w którym zakaz aborcji („Nie zabijaj dzieci przez poronienie ani nie przyprawiaj ich o śmierć już po urodzeniu" – Did 2,2) zostaje ukazany jako wynikający bezpośrednio z „drogi życia", ukazanej w Chrystusowym przykazaniu miłości. Chrześcijańscy myśliciele pierwszych wieków nie wahali się korzystać również ze spuścizny przedchrześcijańskich i pozachrześcijańskich myślicieli, stąd też pośród zapożyczeń i asocjacji nie brakuje także tych dotyczących wiedzy medycznej i związanych z nią zasad etycznych. Klasycznym przykładem może być chrześcijańska aplikacja przysięgi Hipokratesa (460–370 przed Chr.), która – po zastąpieniu inwokacji greckich bogów sztuki lekarskiej: Apollona, Asklepiosa, Higjei i Panakei wezwaniem Boga w Trójcy Świętej jedynego – traktowana była jako w pełni zgodna z chrześcijańskim systemem wartości (Wróbel, 2020, s. 28–29). Ikonami bezinteresownej troski o chorych bez różnicy stanu czy religii stali się rzymscy lekarze z III w., bracia Kosma i Damian. W naturalny sposób miejscami troski o chorych, a zatem także miejscem refleksji, którą dzisiaj można by określić mianem bioetycznej, były klasztory. Powstające przy nich przytułki i schroniska, a z biegiem czasu szpitale, służące początkowo opiece nad pielgrzymami, stawały się także centrami kultywowania i powiększania wiedzy medycznej. W niektórych przypadkach średniowieczna wiedza medyczna mimo upływu wieków bywa stosowana do dziś, a nawet można obserwować jej swoisty renesans, szczególnie z obszarze ziołolecznictwa i dietetyki (zob. np. dzieło św. Hildegardy z Bingen (1098–1179) *Liber Subtilitatum Diversarum Naturarum Creaturarum*).

Za kluczowy impuls prowadzący w połowie XX w. do wyłonienia się bioetyki jako osobnej dziedziny wiedzy uznaje się zastosowanie nowych technik medycznych, np. dializy, i dylematy związane z postępowaniem lekarskim u kresu ludzkiego życia, np. kryteria wycofania się ze środków podtrzymujących życie (Callahan, 2004, s. 279–280). W początki XX-wiecznej bioetyki istotny wkład wnieśli autorzy oraz ośrodki uniwersyteckie związane z chrześcijańską wizją człowieka, jak jezuicki Uniwersytet Georgetown w USA, w którym realizowano kluczowe dla rozwoju bioetyki inicjatywy. Założycielem i pierwszym dyrektorem działającego w tym uniwersytecie The Kennedy Institute of Ethics był ginekolog i fizjolog, André Hellegers (1926–1979). Podkreślał on wymiar etyczny nieodłącznie związany z działaniem medycznym, opowiadając się za „szerszym spojrzeniem" (*wider view*) na praktykę medyczną, uwzględniającym zarówno wartości etyczne, jak i refleksję antropologiczną (Wróbel, 2020, s. 40). Nie sposób nie wspomnieć w tym miejscu także Edmunda D. Pellegrino (1920–2013), kolejnego dyrektora The Kennedy Institute of Ethics oraz przewodniczącego President's Council of Bioethics w czasie prezydentury George'a W. Busha. Jego koncepcja opieki medycznej nad pacjentem jako „dobroczynności w zaufaniu" (*beneficence-in-trust*) została zbudowana na dowartościowaniu zarówno autonomii pacjenta, jak i wiedzy oraz integralności moralnej lekarza. Warto wspomnieć także ważne czasopisma, które stanowią forum wymiany i pogłębienia katolickiej refleksji bioetycznej, jak np. „National Catholic Bioethics Quarterly" oraz „Linacre Quarterly" (Austriaco, 2021, s. 7).

W ramach szkicu historycznego rozwoju katolickiej bioetyki nie można pominąć wypowiedzi Magisterium Kościoła. Począwszy od XIX wieku papieże coraz częściej zabierali głos w szczegółowych kwestiach okołomedycznych. Należy tu wspomnieć wypowiedzi Leona XIII (pontyfikat 1878–1903) na temat sztucznego zapłodnienia, laparotomii, cesarskiego cięcia oraz ciąży ektopowej, Piusa XI (pontyfikat 1922–1939), który zanegował moralną dopuszczalność sterylizacji, oraz częste i szczegółowe wypowiedzi Piusa XII (pontyfikat 1939–1958) m.in. na temat środków zwyczajnych i nadzwyczajnych w opiece nad pacjentem. Szczególną aktywnością w kwestiach bioetycznych wykazał się papież Jan Pawel II (pontyfikat 1978–2005). Długi pontyfikat papieża Polaka przypadł na czasy głośnych kontrowersji wokół ochrony ludzkiego życia oraz stosowania coraz to doskonalszych technik medycznych,

szczególnie aborcji, eutanazji, zapłodnienia *in vitro* czy też traktowania ludzkich embrionów. Wśród licznych wypowiedzi Jana Pawła II szczególny wpływ na rozwój katolickiej bioetyki miała wydana w 1995 r. encyklika *Evangelium vitae* (dalej: EV). Zgodnie z deklaracją papieża miała ona być

> stanowczym i jednoznacznym potwierdzeniem wartości ludzkiego życia i jego nienaruszalności, a zarazem żarliwym apelem skierowanym w imię Boże do wszystkich i do każdego: szanuj, broń, miłuj życie i służ życiu – każdemu życiu ludzkiemu (EV, 5).

Papież Benedykt XVI (pontyfikat 2005–2013), podobnie jak jego bezpośredni poprzednik na Stolicy Piotrowej, podkreślał znaczenie rodziny opartej na małżeństwie mężczyzny i kobiety, jako naturalnego habitatu, sprzyjającego całościowemu rozwojowi człowieka. Papież Franciszek (pontyfikat od 2013) nie poświęcał kwestiom bioetycznym tyle uwagi, ile jego poprzednicy. Inaczej je też akcentował. W swoich wypowiedziach dotyczących tematyki bioetycznej wpisał on tradycyjne normy bioetyki katolickiej (np. wielokrotnie wspominane przez Franciszka potępienie aborcji) w szeroki kontekst uwarunkowań środowiskowych, podkreślając szczególnie powiązanie problemów bioetycznych z zagadnieniami społecznymi, związanymi z budowaniem godnych dla życia i rozwoju każdej osoby ludzkiej warunków. Obok omówionej szerzej poniżej encykliki *Laudato si'* warto wskazać także na zmianę dotyczącą moralnej dopuszczalności kary śmierci. Już poprzedni papieże wykluczali stosowanie tej kary jako kary zwyczajnej i wskazywali na konieczność ograniczenia jej także w sytuacjach nadzwyczajnych, jednak papież Franciszek uznał ją za niedopuszczalną, zarządzając zmianę brzmienia nr 2267 w Katechizmie Kościoła Katolickiego.

Ujęcie problemowe pojęcia

Specyfiką współczesnej debaty bioetycznej jest nie tylko stopień skomplikowania poruszanych zagadnień, wymagających zarówno kompetencji z zakresu antropologii filozoficznej i etyki (a w przypadku bioetyki katolickiej również teologii), jak i nauk medycznych, ale także fakt, że jest to zawsze debata publiczna, wraz z całym spektrum uwarunkowań, w jakie

uwikłane jest działanie mediów kształtujących opinię publiczną. Istnieje cały szereg zagadnień bioetycznych, które w ramach bioetyki katolickiej są rozstrzygane identycznie lub podobnie, jak to ma miejsce w refleksji bioetycznej innej proweniencji. Dzieje się tak mimo odmiennych uzasadnień i normatywnych punktów odniesienia. Są jednak zagadnienia, szczególnie te dotyczące ingerencji medycznych u początku i u kresu ludzkiego życia (czyli faz, w których istota ludzka jest najsłabsza), w których bioetyka katolicka dochodzi do diametralnie odmiennych rozstrzygnięć. Źródłem tych różnic są różne koncepcje człowieka.

Personalistyczna refleksja antropologiczna, na której bazuje bioetyka katolicka, stara się integrować intuicyjne poznanie wartości ludzkiej osoby, dotychczasową refleksję antropologiczno-etyczną oraz impulsy płynące z Objawienia, jak i przesłanki dotyczące statusu osoby pochodzące z wiary w Chrystusa. Pierwszym z istotnych elementów katolickiego spojrzenia na człowieka jest stwierdzenie jego wy-osobienia ze świata innych istot żywych. Biologiczne spojrzenie na człowieka potwierdza jego głęboką jedność ze światem innych istot żywych na poziomie cielesnym, począwszy od wspólnego dla wszystkich istot żyjących na Ziemi sposobu przekazywania informacji genetycznej, działania mechanizmów komórkowych oraz pierwiastków, z których złożone jest ciało, aż po widoczne podobieństwa w budowie organów i funkcjonowaniu indywidualnym i w odniesieniu do innych przedstawicieli gatunku ludzkiego. Podobieństwa te to jednak tylko jeden aspekt, gdyż poprzez swoje życie psychiczne i duchowe człowiek wyraźnie wyróżnia się spośród innych istot żywych. Różnica ta jest nie tylko ilościowa, ale także jakościowa: człowiek jest osobą. Nawet jeżeli wyższe zwierzęta, szczególnie naczelne, wykazują jakiś rodzaj zwierzęcego psychizmu, potrafiąc np. posługiwać się symbolami związanymi z poznaniem zmysłowym własnego ciała i otoczenia, to jedynie ludzkie osoby potrafią dzięki zdolnościom rozumowym wyabstrahować z tych symboli ich prawdziwe znaczenie (Eijk, 2014, s. 74). Nawet jeżeli zwierzęta mają jakąś formę świadomości synchronicznej, to jednak samoświadomość diachroniczna, wraz z jej duchową głębią, jest dla nich niedostępna, będąc cechą jedynie ludzkich osób.

Uznanie istnienia tego wymiaru duchowego osoby jest drugim istotnym elementem katolickiej wizji człowieka. W ramach monistycznych koncepcji osoby typu materialistycznego wszelkie przejawy życia

duchowego stanowią jedynie epifenomeny procesów biologicznych. W odróżnieniu od tego w ramach bioetyki katolickiej przyjmuje się istnienie w osobie ludzkiej dwóch nieredukowalnych wzajemnie do siebie wymiarów: cielesnego i duchowego. W odróżnieniu jednak od klasycznych koncepcji dualistycznych podkreśla się tu ścisły (substancjalny) związek tych dwóch wymiarów w człowieku. Właśnie ten nierozerwalny związek wymiaru cielesnego i duchowego w żyjącej osobie sprawia, że człowiek może być określany jako *corpore et anima unus*: jeden ciałem i duszą (Katechizm Kościoła Katolickiego, nr 365). Osoba ludzka może być zatem nazwana duchem ucieleśnionym i jednocześnie ciałem uduchowionym.

Taka koncepcja antropologiczna modyfikuje podejście do ludzkiej cielesności – i to jest trzeci ważny punkt odniesienia katolickiego spojrzenia na człowieka. W odróżnieniu od innych podejść, w ramach bioetyki katolickiej nie traktuje się ciała ludzkiego jedynie jako biologicznego materiału, który może być dowolnie modelowany i kształtowany zgodnie z preferencjami i własnym projektem jednostki. Ciało nie jest tu traktowane jedynie jako rodzaj materialnie niezbędnej podstawy do funkcjonowania ludzkiej wolności, która to podstawa byłaby jednak zewnętrzna wobec osoby i jej poddana jak każde inne narzędzie. Owszem, nie da zaprzeczyć, że osoba ludzka m a ciało i nim zarządza, ale tak samo prawdziwe jest to, że osoba j e s t ciałem. Relacja umysłu do ciała nie jest relacją niczym nieograniczonego panowania, gdyż ciało to integralny wymiar osoby, a nie zewnętrzny przedmiot. Stąd też ciało uczestniczy w godności osoby (Sgreccia, 2012, s. 116–119).

Czwartym kluczowym elementem katolickiej koncepcji antropologiczno-etycznej jest wpływ, jaki postrzeganie osoby jako jedności cielesno-duchowej wywiera na samo rozumienie moralności. Dzięki ścisłej więzi łączącej władze cielesne i zmysłowe z rozumem i wolą, jak powiada Jan Paweł II, „cała osoba, włącznie z ciałem, zostaje powierzona samej sobie i właśnie w jedności duszy i ciała jest podmiotem własnych aktów moralnych" (*Veritatis splendor*, 48). Doświadczając swojej cielesności, a jednocześnie prowadząc refleksję rozumową, osoba jest w stanie ocenić wartość moralną dóbr, ku którym człowiek odczuwa naturalną skłonność. Uwidacznia się tu obecna w całej katolickiej tradycji etycznej figura argumentacyjna prawa naturalnego. Zgodnie z nią podstawowe powinności moralne ujawniają się w skłonnościach naturalnych i zostały

w cielesno-duchową naturę ludzką niejako „wpisane" przez Stwórcę. Odwołanie do prawa naturalnego kontrastuje zasadniczo z koncepcjami antropologicznymi opartymi na podejściu ewolucyjnym, chociaż samo uznanie koncepcji ewolucyjnego rozwoju życia nie stoi w zasadniczej sprzeczności z chrześcijańską wiarą w stworzenie człowieka przez Boga (Eijk, 2017, s. 54). Dopiero tam, gdzie teoria ewolucji powiązana zostaje z ateistycznym scjentyzmem i jest rozumiana jako wyczerpująco wyjaśniająca istotę człowieka, musi z konieczności wykluczać wiarę w boskiego Stwórcę, a co za tym idzie – negować jakiekolwiek znaczenie ludzkiej cielesności, wykraczające poza dane uzyskane dzięki metodzie empirycznej. Katolicka koncepcja prawa naturalnego nie oznacza oczywiście bezrefleksyjnego nadawania skłonnościom naturalnym bądź ich historycznie uwarunkowanym aktualizacjom rangi gotowych norm moralnych. Zyskują one swoje moralne znaczenie dopiero w świetle rozumowego odniesienia ich do prawdziwego dobra osoby i jej integralnego urzeczywistnienia.

Warto jeszcze wskazać na piąty element katolickiej koncepcji człowieka, który szczególnie ostro kontrastuje z innymi koncepcjami bioetycznymi. Jest nim dostrzeżenie wartości cierpienia. Chrześcijaństwo nie gloryfikuje cierpienia, ale też nie uznaje go za zło, któremu nie można by nadać sensu i znaczenia. Stąd odrzuca też pogląd, że jego długotrwała obecność stanowi wystarczający powód do uznania ludzkiego życia za bezwartościowe (Melina, 2016, s. 122–126).

Z powyżej naszkicowanej specyfiki antropologicznych podstaw bioetyki katolickiej wynikają jej istotne pryncypia, z których podstawowym jest z a s a d a o c h r o n y ż y c i a f i z y c z n e g o. Powracający w katolickiej refleksji bioetycznej topos świętości ludzkiego życia stanowi fundamentalny punkt odniesienia w poszukiwaniu odpowiedzi na konkretne dylematy bioetyczne (Melina, 2016, s. 145–148). Życie biologiczne jest w katolickiej bioetyce traktowane jako integralna część całego i niepodzielnego procesu ludzkiej egzystencji. Nie jest ono, jak w bioetyce laickiej, jednym z dóbr, którymi dowolnie dysponuje autonomiczna osoba, ale pozostaje ono rzeczywistością świętą, która zostaje powierzona człowiekowi, aby jej strzegł z poczuciem odpowiedzialności i doskonalił ją przez miłość i dar z siebie ofiarowany Bogu i bliźnim. Równocześnie nadprzyrodzone powołanie osoby uwydatnia względność ziemskiego życia mężczyzny i kobiety. Jak powiada Jan Pawel II, nie jest

ono „rzeczywistością «ostateczną», ale «przedostateczną»" (EV, 2). Życie jest wartością niepodzielną i fundamentalną, gdyż jedynie dzięki niej mogą być realizowane wszystkie inne wartości, włącznie z wolnością i zdolnością do autodeterminacji. Stąd w odróżnieniu np. od utylitaryzmu preferencyjnego dokonywanie rozróżnień między relatywną wartością istot ludzkich a szczególną godnością osób ludzkich jest w ramach katolickiej bioetyki nie do przyjęcia. Akceptacja tego rozróżnienia oznaczałaby, że bycie osobą jest jakością, która dopiero wtórnie się wyłania na podłożu biologicznego istnienia człowieka i jest związana bądź z aktualnie ujawnianymi cechami osobowymi, np. zdolnościami kognitywnymi, rozumieniem i używaniem pojęć abstrakcyjnych bądź ze zdolnością formułowania preferencji dotyczących przeszłości. Konsekwentnie wartość życia istoty ludzkiej musiałaby w sytuacji konfliktu ustąpić nie tylko wartości życia osoby ludzkiej, ale także innym istotnym dla osoby wartościom, do których należy np. wolność wyboru. W kontraście do tego typu koncepcji bioetyka katolicka podkreśla niezmienną wartość życia człowieka od poczęcia do naturalnej śmierci, niezależnie od fazy rozwojowej, stanu zdrowia czy też znaczenia, jakie przypisuje jej otoczenie. Jednocześnie należy zaznaczyć, że ochrona ludzkiego życia nie oznacza ochrony „czegoś" w człowieku, ale ochronę żyjącego człowieka w jego cielesno-duchowej integralności. Stąd – chociaż w katolickiej bioetyce intencjonalne uśmiercenie niewinnej istoty ludzkiej jest zawsze traktowane jako poważne zło moralne – nie istnieje moralna powinność zachowania życia biologicznego za wszelką cenę. W obliczu nieuchronnej śmierci integralne dobro osoby może wymagać rezygnacji z terapii daremnej lub zastosowania środków proporcjonalnych, które łagodzą ból i inne dokuczliwe objawy, mimo że w dalszej perspektywie mogą przyczynić się do skrócenia życia. Podobnie oddanie życia za inną osobę nie jest tu traktowane jako akt samobójczy.

Podstawowa wartość życia osoby stanowi punkt odniesienia dla rozumienia natury i zakresu autonomii moralnej. Odmiennie od wiodących nurtów bioetyki laickiej, w bioetyce katolickiej zasada autonomii, a więc szacunek dla samostanowienia i autodeterminacji, nie stanowi wartości najwyższej, będącej punktem odniesienia i granicą dla innych uznanych w bioetyce zasad ogólnych, takich jak zasady nieszkodzenia, dobroczynności czy też sprawiedliwości (por. stanowisko dotyczące wzajemnej relacji czterech zasad bioetycznych u Toma L. Beachampa

i Jamesa F. Childressa: Beachamp & Childress, 2013, s. 101). W bioetyce katolickiej obowiązuje zasada wolności i odpowiedzialności. Oznacza ona z jednej strony uznanie, że to pacjent jest w pierwszym rzędzie odpowiedzialny za swoje zdrowie i życie, dlatego istotne decyzje terapeutyczne nie powinny być podejmowane bez jego zgody. Z drugiej strony jednak podkreślona zostaje tu powinność ochrony życia, która obowiązuje nie tylko lekarza, ale także pacjenta. Dlatego zasada ta wyraża się w moralnym obowiązku kooperacji pacjenta z lekarzem w odniesieniu do zwyczajnych środków i procedur medycznych, zmierzających do ochrony zdrowia i zachowania życia (Sgreccia, 2012, s. 179–180).

Wielowiekowy namysł etyczny związany z obszarem medycyny pozwolił na sformułowanie w ramach bioetyki katolickiej zasad rozwiązywania konfliktów, określanych jako zasady pomocnicze. Należy do nich najpierw zasada całościowości (zwana również zasadą terapeutyczną). Zgodnie z nią dopuszczalne jest okaleczenie ciała osoby bądź też działanie wywołujące poważne negatywne skutki zdrowotne, jeśli jest to niezbędne dla ocalenia jej zdrowia i życia (Wróbel, 2020, s. 133–134). Istotna jest także zasada proporcjonalności. Dotyczy ona pytania o granice powinności ratowania życia ludzkiego oraz związanego z tym zagadnienia wyboru odpowiednich środków. Niezwykły rozwój techniki medycznej, która dysponuje coraz to lepszymi środkami podtrzymywania czynności życiowych ludzkiego organizmu, sprawił, że w wielu sytuacjach tradycyjne rozróżnienie pomiędzy środkami zwyczajnymi a nadzwyczajnymi przestało być adekwatne i zostało powiązane z rozróżnieniem między środkami proporcjonalnymi a nieproporcjonalnymi. Już nie sam charakter środków, ale ich wpływ na dobrostan pacjenta stanowią tu wiodący punkt odniesienia. Środki zwyczajne i proporcjonalne powinny być stosowane we wszystkich okolicznościach, powinno się natomiast zrezygnować z takich środków nadzwyczajnych, które okazują się jednocześnie nieproporcjonalne. Stosowanie środków nadzwyczajnych, ale proporcjonalnych lub też zwyczajnych, ale nieproporcjonalnych jest pozostawione roztropnej ocenie lekarza przy współudziale (jeśli to możliwe) pacjenta (Sgreccia, 2012, s. 686). Kolejną zasadą jest zasada wyboru mniejszego zła. Bywa ona często błędnie rozumiana, gdy nie bierze się pod uwagę istotnego teologicznomoralnego rozróżnienia, mianowicie

rozróżnienia między złem moralnym a złem fizycznym. Podczas gdy nigdy nie powinno się wprost wybierać moralnego zła, nawet mniejszego, możliwy jest wybór mniejszego fizycznego/ontologicznego zła spośród dwóch złych opcji lub też w sytuacji wyboru między złem moralnym a złem fizycznym (Eijk, 2017, s. 109–110). Jeszcze inną zasadą pomocniczą jest zasada działania o podwójnym skutku. W przypadku wielu interwencji medycznych zmierzających do zapobieżenia śmierci, przywrócenia zdrowia lub też poprawienia fizycznej i psychicznej kondycji pozytywne skutki terapeutyczne bywają nierozerwalnie powiązane ze skutkami negatywnymi. Interwencje tego typu są moralnie dopuszczalne, jeżeli immanentny cel podjętego działania (*finis operis*) jest moralnie dobry, jeżeli wola działającego skierowana jest na dobry skutek, jeżeli dobry skutek następuje jako pierwszy lub jest równoczesny ze złym oraz jeżeli istnieje obiektywna konieczność wyboru tego typu interwencji (Wróbel, 2020, s. 130–131). Warto w tym miejscu wspomnieć także zasadę współudziału w złu czynionym przez innych. Zasada ta nabiera coraz większego znaczenia w społeczeństwach, w których prawo oraz etyczne kodeksy postępowania lekarskiego dopuszczają interwencje medyczne, które z punktu widzenia bioetyki katolickiej są moralnie złe (np. aborcja). Podczas gdy zawsze należy odrzucić współudział formalny w działaniu moralnie złym (czyli poparcie dla działania i motywacji osoby dokonującej takiego czynu) oraz współudział materialny bliższy (fizyczny udział w wykonywaniu samego czynu), możliwy jest współudział materialny dalszy (np. przygotowanie pomieszczeń i instrumentów) (Fisher, 2012, s. 91–93).

Warto w tym miejscu wspomnieć jeszcze społeczny wymiar bioetyki katolickiej, uwydatniony w kluczowych dla katolickiej nauki społecznej zasadach dobra wspólnego, solidarności oraz subsydiarności. Wysoko wyspecjalizowana opieka medyczna jest w ogóle możliwa jedynie pod warunkiem docenienia znaczenia zasady dobra wspólnego, wynikającej z uznania godności, jedności i równości wszystkich ludzi. Oznacza ona szeroko rozumianą powinność współtworzenia i ochrony przez całe społeczeństwo, a szczególnie przez rządzących, warunków pozwalających osobom lub grupom osób osiągnąć szybszy i pełny rozwój. W kontekście bioetycznym oznacza to uznanie zdrowia i życia każdej istoty ludzkiej za istotny element dobra wspólnego, a zatem również zapewnienie powszechnego dostępu do środków ochrony zdrowia

i życia. Odpowiedzialność za dobro wspólne obejmuje nie tylko środki materialne, ale odnosi się także do struktur prawnych i mentalnościowych, które promują szacunek dla każdej istoty ludzkiej. Prowadzi to do kolejnej zasady, mianowicie zasady solidarności. U jej podstaw leży uznanie, że człowiek jest z natury istotą społeczną. Tworzenie społeczeństwa jest zatem postrzegane nie jako utylitarnie motywowany kontrakt, zawarty przez z natury egocentryczne jednostki, ale jako niezbędny wymóg rozwoju osoby. Osoba ludzka rozwija się w pełni dzięki aktywnej pomocy innych osób, ale także dzięki własnemu zaangażowaniu na rzecz innych. Wspieranie tego zaangażowania dokonuje się poprzez respektowanie przez rządzących zasady subsydiarności, a więc pomocniczości. Zasada ta oznacza, że struktury wyższego rzędu (np. agendy państwowe) powinny wspierać, a nie zastępować osoby i mniejsze wspólnoty (jak np. rodzinę czy stowarzyszenia) w samodzielnym podejmowaniu i realizacji inicjatyw dotyczących dobra wspólnego. Społeczne zasady, uwzględniane w bioetyce katolickiej, nabierają szczególnego znaczenia w kontekście wzrastającej presji na postrzeganie opieki medycznej w kategoriach efektywności, mechanizmów rynkowych i rachunku strat i zysków.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Tradycyjna refleksja proweniencji katolickiej w obszarze bioetyki, realizowana w powiązaniu z wypowiedziami Magisterium Kościoła, pozostawała przez całe stulecia w ścisłym związku z etyką filozoficzną. Nawet w obliczu oświeceniowego postulatu uwolnienia etyki z wszelkich odniesień religijnych początkowo nie było między nimi większych rozbieżności. Dopiero upowszechnienie się tendencji indywidualistycznych i relatywistycznych doprowadziło do pogłębiającego się coraz bardziej dysonansu. Klasyczne zasady i normy bioetyki katolickiej, ale także podstawy chrześcijańskiej antropologii bywają współcześnie kontestowane z jednej strony przez część teologów i bioetyków katolickich, z drugiej zaś – przez przedstawicieli laickiej refleksji bioetycznej oraz organizacji i grup społecznych mających decydujący wpływ na globalną politykę, prawo i mentalność społeczną.

Jeden z katolickich nurtów etycznych kontrastujących ze stanowiskiem Magisterium Kościoła katolickiego związany jest z koncepcją teologii moralnej, określaną przez jej zwolenników jako „moralność autonomiczna w kontekście chrześcijańskim" (*autonome Moral im christlichen Kontekst*). Jest to nurt, który w okresie posoborowym upowszechnił się w zachodniej i amerykańskiej teologii moralnej. Mimo powierzchownej zgodności fundamentalnych zasad z katolicką antropologią teologiczną widoczna jest w poglądach tej wpływowej grupy teologów moralności i bioetyków modyfikacja koncepcji człowieka, a także zmiana w rozumieniu źródeł powinności moralnej. Zwolennikom tego podejścia przyświeca szczytny cel dialogu z niewierzącymi (lub inaczej wierzącymi). Ze słusznego przekonania, że pryncypia i normy (bio)etyki chrześcijańskiej nie są istotowo różne od formułowanych w ramach czysto racjonalnego namysłu bioetycznego, wyprowadza się problematyczne wnioski. Zrelatywizowane zostaje normatywne znaczenie ludzkiej cielesności (Zamboni, 2024, s. 16–17), skoro ciało człowieka jest postrzegane jako dobro przedmoralne, a jakiekolwiek próby odczytywania znaczeń moralnych wpisanych w cielesno-duchową naturę osoby – jako naznaczone błędem naturalistycznym. Również Objawienie jest tu traktowane jedynie jako źródło motywacji oraz stanowi dodatkowy kontekst religijny, jednak nie dostarcza żadnych dodatkowych treściowych przesłanek w namyśle etycznym. Nie oznacza to negacji odniesienia do Boga, jednak Jego relacja do świata rozumiana jest w odmienny od klasycznej teologii katolickiej sposób. Twierdzi się, że Stwórca obdarzył człowieka daleko idącą autonomią, pozwalającą na samodzielne rozwiązywanie dylematów moralnych na podstawie czysto racjonalnej kalkulacji. Boże działanie w świecie i jego wpływ na kształt moralności są tu ograniczone do poziomu transcendentalnego (formalnego). Absolutne normy moralne mogą istnieć jedynie na poziomie transcendentalnym i dotyczą fundamentalnego wyboru między akceptacją a odrzuceniem wiary w Boga. Zanegowana zostaje także tradycyjna dla katolickiej teologii moralnej kategoria *intrinsece malum*, czyli czynów wewnętrznie złych, a zatem takich, które nie dadzą się usprawiedliwić nawet najszlachetniejszymi motywacjami czy też nadzwyczajnymi okolicznościami (należy do nich m.in. bezpośrednia aborcja czy też eutanazja) (Selling, 2017, s. 20–22). Określenie kategorialnych norm moralnych zostaje pozostawione autonomii człowieka. Stają się one artefaktami ludzkiego

rozumu i stąd ich uzasadnienia nie muszą i nie powinny zawierać religijnych odniesień. Są kształtowane wyłącznie na bazie charakterystycznej dla proporcjonalizmu metody rachunku dóbr, pozwalającej określić jako moralnie słuszną taką decyzję, dzięki której oczekiwane dobre skutki przewyższają konsekwencje negatywne (Tollefsen, 2018, s. 677–679). Jako takie podejście to wpisuje się wprawdzie bez problemu w laicki namysł etyczny, można jednak słusznie zapytać, czy jest to jeszcze (bio)etyka katolicka.

Istotniejszą od wewnątrzkościelnej krytyki wydaje się jednak kontestacja pryncypiów i norm katolickiej bioetyki ze strony dominujących nurtów i tendencji w bioetyce laickiej, a także w prawie i polityce. Źródłem tej kontestacji są głębokie zmiany w koncepcji człowieka, dotyczące szczególnie rozumienia zakresu autonomii osoby. Wprowadzanie w systemy prawne legalizacji procedur medycznych, które w ramach bioetyki katolickiej są traktowane jako moralnie naganne, przysparza problemów tak jednostkom, jak i szpitalom i organizacjom katolickim, które chcą działać w zgodzie z zasadami bioetyki katolickiej. Zgodnie z katolicką nauką społeczną w demokratycznym społeczeństwie rządzący powinni zadbać o poszanowanie konstytucyjnego prawa do wolności sumienia poprzez respektowanie klauzuli sumienia, czyli zagwarantowanie możliwości powstrzymania się zarówno przez jednostki, jak i instytucje od działań uznanych przez nie za sprzeczne z wymogami etycznymi. Chociaż jeszcze w 2010 r. Rada Europy w rezolucji nr 1763/2010 opowiedziała się za respektowaniem prawa do sprzeciwu sumienia (nr 1: „Żadna osoba, szpital ani instytucja nie może być w żaden sposób zmuszana, czyniona odpowiedzialną lub dyskryminowana z powodu odmowy przeprowadzenia, umożliwienia, asystowania lub przyjęcia w celu aborcji, dokonania sztucznego poronienia lub eutanazji lub innego działania, które mogłoby doprowadzić do śmierci ludzkiego płodu lub zarodka, niezależnie od powodu"), to jednak w praktyce postulat ten często nie jest przestrzegany, a nawet bywa negowany (Austriaco, 2021, s. 362–363). Dzieje się to za sprawą szeroko forsowanego indywidualistycznego rozumienia procedur medycznych, a więc np. włączenia prawa do aborcji w katalog praw reprodukcyjnych, czy też takiego rozumienia autonomii jednostki, które umożliwia nieograniczone dysponowanie własnym życiem, co prowadzi do depenalizacji, a ostatecznie legalizacji medycznie wspomaganego samobójstwa

i eutanazji. Uprawnienia te są traktowane jako należące do podstawowych praw człowieka, co unieważnia jakiekolwiek odwołanie się do sprzeciwu sumienia i nakłada na ustawodawców, rządzących i instytucje medyczne obowiązek ich realizacji. W powiązaniu z coraz to powszechniejszym rozumieniem medycyny w kategoriach ekonomicznej efektywności przeobrażenia te prowadzą do głębokich zmian w samym etosie medycznym. Traktowanie pacjenta jako usługobiorcy, lekarza jako usługodawcy, a samego procesu leczenia jako usługi jest wprawdzie sensowne, jeśli jest traktowane jako jeden z aspektów systemu opieki zdrowotnej. Kiedy jednak staje się perspektywą dominującą, prowadzi do zredukowania wymagań etycznych stawianych lekarzowi do czysto technicznej poprawności. Dotychczasowo niekwestionowana wspólna przestrzeń etyczna, łącząca lekarza i pacjenta, w ramach której życie i zdrowie stanowiły niekwestionowane wartości wiodące, zostaje zastąpiona relacją usługową, której treścią może być zarówno ratowanie, jak i unicestwienie życia. Taka koncepcja etyki medycznej jest dla bioetyki katolickiej nie do przyjęcia.

Mimo oparcia się na elementach autorytatywnych tradycji i nauczania Kościoła katolicka refleksja bioetyczna, jak wszystkie inne nurty bioetyki, podlega nieustannemu rozwojowi. Warto w tym miejscu wskazać na nowe aspekty, jakie pojawiły się w nauczaniu Magisterium Kościoła katolickiego od początku pontyfikatu papieża Franciszka. Chociaż można odnieść wrażenie, że Franciszek poświęcił mniej miejsca kwestiom ściśle bioetycznym niż jego bezpośredni poprzednicy na Stolicy Piotrowej, to jednak warto zwrócić uwagę na szeroki kontekst, w którym pojawiły się u niego wypowiedzi na tematy bioetyczne. Widać to szczególnie w wydanej w 2015 r. encyklice *Laudato si'*. To papieskie pismo okólne jest wprawdzie poświęcone kwestii ekologicznej, ale spory jego fragment dotyczy tzw. ekologii ludzkiej. Pojęcie *ecologia humana*, pochodzące pierwotnie z obszaru nauk przyrodniczych i dotyczące roli człowieka, który poprzez tworzenie kultury stanowi dynamiczny element ekosystemów, zyskało w nauczaniu Jana Pawła II i Benedykta XVI znaczenie bioetyczne, powiązane z teologicznym dziedzictwem nauki o moralnym prawie naturalnym. Franciszek nie wahał się w tym kontekście, w wyraźnym nawiązaniu do papieża Benedykta XVI, wskazywać na orędzie, jakie natura ma wypisane w swoich strukturach. Powiązał przy tym ekologiczną troskę o ochronę środowiska z kwestią sprawiedliwości

społecznej oraz z klasycznym katolickim postulatem bioetycznym, dotyczący ochrony ludzkiego życia od poczęcia do śmierci:

> Jeśli nie uznaje się w samej rzeczywistości znaczenia człowieka ubogiego, ludzkiego embrionu, osoby niepełnosprawnej – by podać tylko kilka przykładów – trudno będzie usłyszeć wołanie samej przyrody. Wszystko jest ze sobą połączone (*Laudato si'*, 117).

Do ścisłego związku kwestii ekologicznej z respektowaniem wymagań wynikających z całościowo rozumianej „ekologii ludzkiej" papież nawiązał w tej encyklice kilkukrotnie:

> Ponieważ wszystko jest ze sobą powiązane, nie da się pogodzić obrony przyrody z usprawiedliwianiem aborcji. Niewykonalny wydaje się proces edukacyjny na rzecz przyjęcia osób słabych, przebywających wokół nas, które są czasami uciążliwe lub kłopotliwe, jeśli nie otacza się opieką ludzkiego embrionu, mimo że jego pojawienie się może być powodem trudności i problemów (*Laudato si'*, 120).

To powiązanie kwestii bioetycznych z postulatami ekologii integralnej, w ramach którego pojawiają się nie tylko szczegółowe pytania dotyczące godziwości szczegółowych procedur medycznych, ale uwzględnione jest także szerokie tło antropologiczno-etyczne, może być uznane za pozytywny krok w rozwoju katolickiej bioetyki. Takie podejście papieża Franciszka do zagadnień bioetycznych spotkało się oczywiście także z ostrą krytyką. Do krytyków należy n.in. znany prawosławny bioetyk, H. Tristram Engelhardt Jr. (1941–2018), który zarzucał papieżowi „słabą teologię" (*weak theology*), a w papieskiej koncentracji na tematach ekologicznych widział oznakę sekularyzacji i demoralizacji katolickiej bioetyki (Engelhardt, 2017, s. 357nn).

Chociaż tradycja teologiczna oraz autorytatywne wypowiedzi Magisterium Kościoła odgrywają w bioetyce katolickiej znaczącą rolę, nie są to nigdy wypowiedzi pozbawione racjonalnych uzasadnień. Dzięki temu osoba wierząca, przyjmująca w duchu posłuszeństwa wiary wskazania moralne dotyczące bioetyki, ma jednocześnie możliwość rozważenia argumentów, jakie podane są w każdej wypowiedzi Magisterium Kościoła katolickiego. Katolicka refleksja bioetyczna sięga zarówno do źródeł pozareligijnych, jak i religijnych. Próbuje przy tym nakreślić integralny obraz człowieka i koniecznych do jego życia i wzrostu odniesień. Czerpie z tradycji etycznej i refleksji bioetycznej prowadzonej w innych

kontekstach ideowych, sięga do wiedzy empirycznej w zakresie nauk człowieku, a także do Objawienia, które otwiera perspektywę przekraczającą granicę doczesności.

Bibliografia

Austriaco, N.P.G. (2021). *Biomedicine and Beatitude. An Introduction to Catholic Bioethics*. Washington: The Catholic University of America Press.

Beachamp, T.L., & Childress, J.F. (2013). *Principles of medical Ethics*. Oxford: Oxford University Press.

Callahan, D. (2004). Bioethics. W: S.G. Post (red.), *Encyclopaedia of Bioethics.* Vol. 1 (s. 278–286). New York: Macmillan.

Engelhardt, H.T. Jr. (2017). *After God. Morality and Bioethics in a Secular Age*. Yonkers: St. Vladimir's Seminary Press.

Eijk, W.J. (2014). The Fundamental Assumptions of Medical Ethics. W: W.J. Eijk, L.M. Hendriks, J.A. Raymakers, & J.I. Fleming (Red.), *Manual of Catholic Medical Ethics. Responsible Healthcare from a Catholic Perspective* (s. 46–135). Ballarat: Connor Court Publishing.

Fisher, A. (2012). *Catholic Bioethics for New Millennium.* Cambridge: Cambridge University Press.

Meilaender, G. (2020). *Bioethics. A primer for Christians.* Grand Rapids: Wm. B. Eerdmans Publishing Co.

Melina, L. (2016). *Kurs bioetyki. Ewangelia życia*. Przeł. K. Wójcik. Kraków: Wyd. św. Stanisława.

Korff, W. (2000). Einführung in das Projekt Bioethik. W: W. Korff, L. Beck, & P. Mikat (Red.), *Lexikon der Bioethik*. Vol. 1. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Selling, J.A. (2017). *Reframing Catholic Theological Ethics*. Oxford: Oxford University Press.

Sgreccia, E. (2012). *Personalist Bioethics. Foundations and Applications*. Philadelphia: The National Catholic Bioethics Center.

Schockenhoff, E. (2014). *Etyka życia. Podstawy i nowe wyzwania*. Przeł. K. Glombik. Opole: Wyd. Wydziału Teologicznego UO.

Tollefsen, Ch. (2018). The Future of Roman Catholic Bioethics. *Journal of Medicine and Philosophy*, *43*(6), 667–675.

Wróbel, J. (2020). *Tożsamość bioetyki katolickiej*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Zamboni, S. (2024). Why is *Veritatis splendor* a controversial Encyclical? *Teologia i moralność*, *19*(1), 9–23.

Wykaz Autorów

Paweł Bortkiewicz, Akademia Kultury Społecznej i Medialnej w Toruniu
https://orcid.org/0000-0002-8851-4254
Anna Bugajska, Uniwersytet Ignatianum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0001-6078-7405
Barbara Chyrowicz, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
https://orcid.org/0000-0002-0919-3844
Marek Czarkowski, WMCM Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa
https://orcid.org/0000-0001-6667-871X
Józef Dulak, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
https://orcid.org/0000-0001-5687-0839
Marcin Ferdynus, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
https://orcid.org/0000-0003-0176-1023
Joanna Haberko, Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu
https://orcid.org/0000-0002-2713-3896
Błażej Kmieciak, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie
https://orcid.org/0000-0002-6347-1796
Paweł Łuków, Uniwersytet Warszawski
https://orcid.org/0000-0002-6873-6853
Marian Machinek, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
https://orcid.org/0000-0002-1857-1018

Jarosław Mikuczewski, Uniwersytet Ignatianum w Krakowie; Loyola University Chicago
https://orcid.org/0000-0003-1518-3770

Andrzej Muszala, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
https://orcid.org/0000-0002-0099-1946

Oktawian Nawrot, Uniwersytet Gdański
https://orcid.org/0000-0002-9345-1198

Robert Nęcek, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
https://orcid.org/0000-0001-8576-9908

Katarzyna Pałka, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
https://orcid.org/0000-0003-1522-1255

Przemysław Pałka, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
https://orcid.org/0000-0002-6879-1596

Jakub Pawlikowski, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
https://orcid.org/0000-0002-8277-8515

Bogdan Szlachta, Uniwersytet Ignatianum w Krakowie; Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
https://orcid.org/0000-0003-4841-589X

Danuta Ślęczek-Czakon, Uniwersytet Śląski w Katowicach
https://orcid.org/0000-0001-6231-3449