

Inscenizacja fotograficzna Lejarena Hillera (1880-1969, nazywanego twórcą amerykańskiej ilustracji fotograficznej) z cyklu „Szwycy w starożytnej chirurgii”, opublikowanego w książce „Chirurgia przez wieki” (1944 r.)

OD POCZĘCIA DO ŚMIERCI

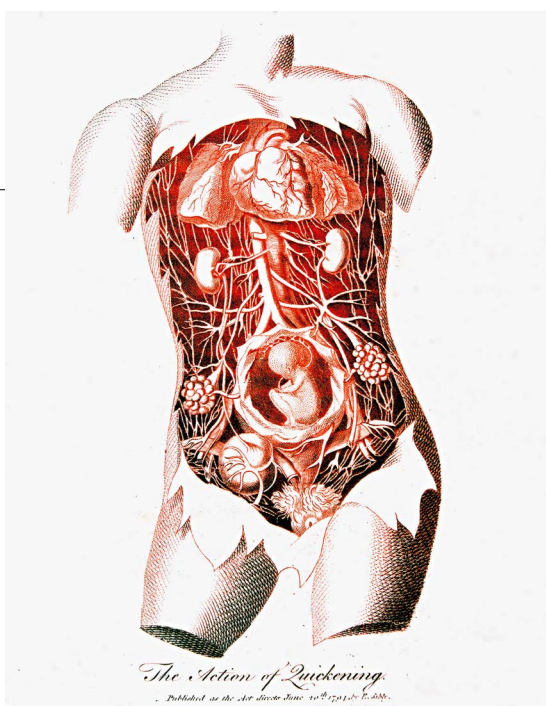
G

wałtowny postęp w naukach biologicznych i medycznych niesie ludzkości nie tylko nadzieję, ale i mnóstwo zagrożeń. Stajemy przed trudnymi do rozstrzygnięcia problemami, które na naszych oczach prowokuje rozwój biotechnologii, genetyki, transplantologii czy choćby leczenia podtrzymującego życie. Na wiele pytań trudno samemu znaleźć odpowiedź, a codzienność dostarcza stale nowych dylematów. Czy dyskutowany obecnie w Polsce projekt ustawy o in vitro uwzględnia status moralny najwcześniejszych form ludzkiego życia i w wystarczającym stopniu zabezpiecza embriony? Czy dopuszczona właśnie prawem w Wielkiej Brytanii nowa metoda zapłodnienia pozaustrojowego, dająca szansę na urodzenie dziecka trojga rodziców, to początek tworzenia ludzkich hybryd? Na którym etapie kształtowania zarodka ingeruje antykoncepcja i gdzie zaczyna się jej poronne działanie? Jakie są granice autonomii umierających niemowląt? Kto powinien decydować o zaprzestaniu daremnej terapii nieuleczalnie chorych? Albo o wyborze płci – która definiuje się nie w momencie narodzin, lecz dojrzewania? Czy określenie śmierci wymaga uszczegółowienia, by nie było wątpliwości, że narządy do przeszczepu nie są pobierane od osób, w których tli się życie?

W tym wydaniu „Niezbędnika Inteligenta” staramy się odpowiedzieć na te i inne pytania, które są dziś przedmiotem najgorętszych sporów naukowych, światopoglądowych i politycznych. Oddajemy w Państwa ręce kompendium wiedzy, którą dzielą się znakomici autorzy: wybitni bioetycy, filozofowie, lekarze oraz dziennikarze POLITYKI.

PAWEŁ WALEWSKI
publicysta działu naukowego POLITYKI

JERZY BACZYŃSKI
redaktor naczelny POLITYKI



Wprowadzenie: Bioetyka 6

Prokreacja i płęć

Koncept antykoncepcji	11
Zapłodnienie w szkle	15
Święte plemniki, święte jajeczka	19
Wojna o płęć	22

Bioetyka na co dzień

Ciało w służbie nauki	29
Polowanie na Don Kichota	34
Uwaga: eksperyment!	38
Pożytki z klauzuli	41
Równanie z dwoma autonomiami	44
Leczenie prawdą	47
Władza nad psyche	50
Kiedy lekarz jest winny	56

Sprawy ostateczne

Granice rozsądnej terapii	61
Nad brzegiem Styksu	65
Między życiem a śmiercią	69
Lekcja intelektualnej uczciwości	73

Wyzwania

Zastępy dobrze urodzonych	79
Pałapki doskonałości	82
Klonujemy?!	86
Genom komercyjny	90
Ta sztuka żyje!	93

Suplement: Cztery rekomendacje 98

Weronika Chańska – dr, adiunkt w Zakładzie Filozofii i Bioetyki Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum; autorka wielu prac z zakresu bioetyki, m.in. książki „Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej”.

Jan Hartman – prof., filozof i publicysta, kierownik Zakładu Filozofii i Bioetyki na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum; autor wielu książek z dziedziny metafizyki, etyki i bioetyki, felietonista POLITYKI.

Jacek Kubiak – prof., genetyk, pracuje we Francji w Narodowym Instytucie Badań Naukowych CNRS i Uniwersytecie Rennes 1.

Paweł Łuków – prof., filozof, etyk i bioetyk, pracuje w Instytucie Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego oraz w Zakładzie Bioetyki i Humanistycznych Podstaw Medycyny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik studiów magisterskich Bioetyka na Uniwersytecie Warszawskim; redaktor naczelny rocznika „Etyka”.

Alicja Przyłuska-Fiszer – dr hab., filozof, profesor Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie, gdzie kieruje Katedrą Psychospołecznych Podstaw Rehabilitacji i Bioetyki na Wydziale Rehabilitacji; wiceprezes Polskiego Towarzystwa Bioetycznego.

Joanna Różyńska – dr, adiunkt w Zakładzie Etyki Instytutu Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego oraz w Zakładzie Bioetyki i Problemów Społecznych Medycyny Wydziału Rehabilitacji AWF w Warszawie, sekretarz Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN, laureatka Nagrody Naukowej POLITYKI w 2011 r.; autorka wielu publikacji z zakresu bioetyki, m.in. książki „Od zygoty do osoby”.

Paweł Skuczyński – dr, pracownik Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego w Katedrze Filozofii Prawa i Nauki o Państwie, prezes Fundacji Instytut Etyki Prawniczej oraz wydawca serii Biblioteka Etyki Prawniczej.

Zbigniew Szawarski – prof., etyk i filozof medycyny, emerytowany profesor Uniwersytetu Warszawskiego, zatrudniony obecnie w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego PZH, przewodniczący Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN; autor licznych artykułów i monografii z zakresu etyki medycznej.

Kazimierz Szewczyk – dr hab., profesor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik Zakładu Bioetyki; autor i redaktor podręczników oraz monografii z bioetyki, m.in. „Bioetyka. Medycyna na granicach życia” oraz „Narodziny i śmierć. Bioetyka wobec stanów granicznych ludzkiego życia”.

Ołga Woźniak – dziennikarka i popularyzatorka nauki, pracuje w dziale naukowym „Gazety Wyborczej”.

Dziennikarze POLITYKI: **Agnieszka Krzemińska, Joanna Podgórska, Marcin Rotkiewicz, Adam Szostkiewicz, Paweł Walewski**

NOWA SERIA

POMOCNIKA HISTORYCZNEGO POLITYKI

BIOGRAFIE

EPOKA • POSTAĆ • KONTEKSTY • MOWY

POLITYKA POMOCNIK HISTORYCZNY
Numer 1/2015 Cena 15,99 zł (w tym 8% VAT) Indeks 403652 ISSN 2391-7717

Biografie

1874–1965 **WINSTON
CHURCHILL**

ARTYSTA
POLITYKI

Postać barwna
i kontrowersyjna

Najwybitniejszy
Brytyjczyk

Wielki polityk i mąż
stanu

Żołnierz i strateg

Twórca
współczesnych
spec służb

Doskonały mówca

Niezły malarz i poeta

Laureat Nagrody
Nobla

124
STRONY

EPOKA • POSTAĆ • KONTEKSTY • MOWY

Szukaj

w dobrych kioskach
i na www.sklep.polityka.pl





Galen i Hipokrates, dwaj wielcy lekarze, fresk z XIII w. w kościele w Anagni, Włochy

BIOETYKA

Cóż to takiego bioetyka?
Jaki charakter mają toczone
w niej spory i czy można
je rozstrzygnąć, stosując
standardowe metody?

❖ ZBIGNIEW SZAWARSKI

Bioetyka jest naturalnym efektem rozwoju medycyny. Lekarz to ten, który leczy – potrafi rozpoznać i wyjaśnić przyczyny choroby oraz zastosować odpowiednią terapię. Skąd jednak lekarz wie, co powoduje chorobę? Skąd wie, kiedy i jakie leczenie zastosować?

Aż do czasów oświecenia głównym źródłem wiedzy lekarskiej była obserwacja, tradycja i autorytet. Czynimy tak, a nie inaczej, bo już Hipokrates, Galen, Avicenna czy jakiś inny wielki lekarz postępował w ten sposób w tego rodzaju przypadkach.

Zasadniczy przełom w medycynie zaczął się w momencie, gdy zastosowano w niej metodę naukową. A w medycynie metoda naukowa to przede wszystkim logika, obserwacja i eksperyment. Już w XVI w. Vesalius przedstawił w miarę dokładny opis anatomii człowieka. W 1628 r. William Harvey odkrył i opisał układ krążenia. Po raz pierwszy w dziejach poznaliśmy budowę i zasadę działania serca. W 1796 r. Edward Jenner odkrył, iż można skutecznie uodpornić się na ospę, z rozmysłem zakażając się osłabionymi zarazkami ospy krowiej. Pasteurowi zaś zawdzięczają



my odkrycie drobnoustrojów jako przyczyny chorób zakaźnych. W XIX w. pojawiły się nowe instrumenty diagnostyczne – mikroskop, stetoskop, aparat rentgenowski. Na początku przedmiotem badań było martwe ciało ludzkie. Potem zaczęto eksperymentować na zwierzętach i na żywym człowieku. Cały XIX w. to seria okrutnych niekiedy eksperymentów medycznych, dokonywanych na zwierzętach i bezbronnych, bezradnych i upośledzonych ludziach w imię prawdy, postępu i cywilizacji (art. s. 29).

Owa zaciekleść poznawcza – prawda za wszelką cenę – znalazła swoją kulminację w okrutnych i przerażających eksperymentach lekarzy hitlerowskich, prowadzonych w obozach koncentracyjnych. To właśnie proces zbrodniarzy hitlerowskich w Norymberdze – gdzie także sądzono i skazano na karę śmierci kilku wybitnych lekarzy III Rzeszy – stanowi niejako akt założycielski współczesnej bioetyki. W Norymberdze z przerażającą jasnością uświadomiliśmy sobie, że badania naukowe muszą podlegać regulacji prawnej i moralnej. I to właśnie Kodeks Norymberski wyznaczył po raz pierwszy zasady prowadzenia eksperymentów medycznych na człowieku.

Ogromny rozwój nauk medycznych, postępująca erozja tradycyjnych autorytetów religijnych i dominujący w etyce relatywizm moralny stały się naturalnym impulsem dla powstania nowej dyscypliny filozoficznej, którą określa się mianem bioetyki. Przyjmijmy, że bioetyka to tyle co refleksja filozoficzna i moralna dotycząca teoretycznych i praktycznych aspektów medycyny i wszelkich nauk biomedycznych, a zwłaszcza relacji, jakie zachodzą pomiędzy lekarzem, pielęgniarką i pacjentem w warunkach przyspieszonego rozwoju technologii medycznych i w określonej sytuacji społecznej, politycznej i prawnej.

Tak rozumiana bioetyka nie jest częścią medycyny. Nie jest w ogóle nauką, jako że w swym podstawowym znaczeniu i funkcji nie formułuje zdań empirycznie sprawdzalnych, które można potwierdzić lub sfalsyfikować, stosując tradycyjne metody nauki. Spór o przerywanie ciąży, eutanazję, zapłodnienie in vitro czy klonowanie nie jest sporem naukowym, lecz sporem etycznym, który odwołuje się do określonych wartości i norm. I dlatego właśnie dyskusje i spory bioetyczne budzą tak wielkie emocje i namiętności.

Pozostawmy na uboczu kwestię etycznych zasad prowadzenia badań i eksperymentów medycznych, jako że nie budzą one obecnie większych emocji moralnych w sferze publicznej. Od momentu przyjęcia przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy w 1964 r. tzw. Deklaracji Helsińskiej sprawy te są całkiem nieźle uregulowane i podlegają nieustannemu monitorowaniu i kontroli zarówno w wymiarze normatywnym, jak również instytucjonalnym. Wymiar normatywny to różnego rodzaju dyrektywy, akty prawne, konwencje i deklaracje przyjmowane na poziomie międzynarodowym lub krajowym. Klasycznym przykładem takiej konwencji jest proklamowana przez Radę Europy w 1997 r. i dotychczas nieratyfikowana przez Polskę Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny, czyli tzw. konwencja z Oviedo. Wymiar instytucjonalny zaś to system lokalnych komitetów bioetycznych, których zadaniem jest analiza i etyczna ocena

wartości wszelkich badań i eksperymentów na człowieku lub zwierzętach, planowanych przez konkretnego badacza lub zespół naukowy. Nie jest obecnie możliwe w świecie cywilizowanym prowadzenie i publikowanie jakichkolwiek badań na człowieku lub zwierzętach bez odpowiedniej zgody komitetu bioetycznego. I w każdym kraju odpowiednia ustawa reguluje sprawy kontroli badań naukowych.

Lokalne komitety bioetyczne nie rozpatrują jednak wielkich problemów bioetycznych, stanowiących z reguły przedmiot trwającej latami dyskusji publicznej, której wcale nie kończy podjęcie konkretnych decyzji prawnych. Trzy przykłady tego rodzaju sporów i dyskusji to: transplantacja, przerywanie ciąży i prawo do śmierci.

Pytania o ciało

Niektórzy lekarze powiadają, że przełomowym wydarzeniem medycyny XX w. było opanowanie i udoskonalenie metody przeszczepiania komórek, tkanek i organów ludzkich. Pierwszych udanych transplantacji nerek dokonano już w latach 50. I natychmiast pojawiły się zasadnicze pytania i wątpliwości. Czy zdrowy człowiek ma prawo oddać własną nerkę potrzebującemu pacjentowi? Czy lekarz, który decyduje się na taki zabieg, nie sprzeniewierza się przysiędze Hipokratesa – a zwłaszcza zasadzie *primum non nocere*? Pozbawienie zdrowego pacjenta nerki stanowi zagrożenie dla jego życia i zdrowia i faktycznie może być traktowane jako działanie na szkodę pacjenta. Skoro pacjent może oddać nerkę, równie dobrze może ją sprzedać? Jaki jest właściwie status moralny i prawny ludzkiego ciała – żywego i martwego? Czy jest ono naszą własnością prywatną, którą swobodnie możemy dysponować? Czy ludzkie ciało jest po prostu towarem? Czy powinniśmy usankcjonować wolny rynek dla wszelkich komórek, tkanek i organów ludzkich? Czy rodzice dziecka chorego na rzadką chorobę genetyczną mają prawo powołać do istnienia metodą in vitro dziecko, które będzie dawcą organów dla istniejącego już dziecka, którego choroba jest nieuleczalna i śmiertelna? Organy można pobierać od ludzi żywych i od martwych. Kiedy jednak człowiek rzeczywiście umiera? Czy istnieje jedna i tylko jedna definicja śmierci, czy jest ich wiele? Czy definicję tę odkrywamy, czy też wybór jej jest sprawą pewnej umowy społecznej? Spór o definicję śmierci zakończył się przyjęciem powszechnie akceptowanej formuły śmierci mózgu (art. s. 69). Ale była to decyzja natury moralnej i zaczyna być obecnie kwestionowana.

Nawiasem mówiąc, w różnych krajach istnieją różne systemy pozyskiwania organów do transplantacji. W Polsce obowiązuje zasada tzw. domniemanej zgody: każdy z nas, jeśli nie wpisał uprzednio swojego zastrzeżenia do tzw. rejestru sprzeciwów, jest potencjalnym dawcą organów. Przeszczep organów ludzkich rzeczywiście ratuje zdrowie i życie. A jednak powszechną praktyką polskich lekarzy jest szacunek dla sentymentów rodzinnych. Jeśli rodzina pacjenta nie wyrazi zgody, nie pobiera się organu od martwego dawcy. Co jest zatem ważniejsze – życie pacjenta, który potrzebuje przeszczepu, czy też uczucia i sentymenty rodziny, która z takich czy innych powodów nie wyraża zgody na przeszczep?

Pytania o początek życia

Sprawy zapobiegania i przerywania ciąży zawsze stanowiły w naszym kręgu kulturowym wielki problem moralny. Życie, powiada się, jest święte. Mamy moralny obowiązek chronić każde życie ludzkie od momentu jego powstania. A jednak nie każda ciąża jest ciążą planowaną lub chcianą. Kobieta ma prawo do prokreacji, ale ma również prawo do decydowania o swoim życiu i może, ale wcale nie musi, zdecydować się na urodzenie dziecka poczętego w akcie brutalnego gwałtu zbiorowego lub obciążonego poważnymi i nieodwracalnymi wadami genetycznymi.

Dokładnie pamiętam mój pierwszy kontakt z bioetyką, kiedy w ogóle nie miałem świadomości o istnieniu takiego przedmiotu. Działo się to pewnego październikowego przedpołudnia 1975 r., kiedy prof. Richard Hare – jeden z najwybitniejszych filozofów moralnych XX w. i mój opiekun naukowy w czasie stypendium w Oxfordzie – zadał na początku naszego pierwszego spotkania niewinne pytanie: „Słyszałem, że macie w Polsce bardzo liberalne prawo aborcyjne. Czy rzeczywiście sądzisz, że przerwanie ciąży na życzenie kobiety nie jest niczym złym?”

Sporo czasu zajęło mi uzasadnienie mojej odpowiedzi na to pytanie. A już trzy lata później, w 1978 r., dwaj uczeni angielscy, Robert Edwards i Patrick Steptoe, doprowadzili do udanego zapłodnienia *in vitro*, w rezultacie którego przyszła na świat Louise Brown (art. s. 15). Jak należy ocenić tego typu działanie: moralne czy niemoralne? Powinno być usankcjonowane przez prawo czy też wręcz przeciwnie – zabronione i bezwzględnie karane? To nie są pytania łatwe. Ale, jak pokazuje doświadczenie, są to pytania, na które można sensownie odpowiedzieć, jeśli oczywiście poważnie traktuje się obowiązek myślenia oraz swoistą dla roli polityka odpowiedzialność polityczną.

Pouczające jest pod tym względem działanie parlamentu brytyjskiego. Powołał on w 1982 r. specjalny komitet do zbadania problemów ludzkiego rozrodu i embriologii i powierzył przewodnictwo Mary Warnock, znanej profesor filozofii z Uniwersytetu w Cambridge. Po dwóch latach intensywnych prac komitet opublikował głośny Warnock Report, w którym po zbadaniu możliwych argumentów za i przeciw zapłodnieniu *in vitro* zespół określił warunki prowadzenia badań naukowych nad zarodkami ludzkimi i większością głosów rekomendował rządowi zalegalizowanie praktyki. Nie był to bynajmniej precedens w działalności parlamentu brytyjskiego. Wcześniej w podobny sposób rozwiązano problem dekryminalizacji homoseksualizmu i prostytucji (Wolfenden Report, 1957 r.) czy kwestie regulacji normatywnej pornografii i cenzury (Williams Report, 1979 r.).

Następstwem Warnock Report było powołanie specjalnego ośrodka do zarządzania i kontroli sprawami rozrodu ludzkiego i embriologii (Human Fertilisation and Embryology Authority – HFEA), który do dnia dzisiejszego monitoruje, kontroluje i decyduje o sprawach związanych z tą dziedziną medycyny. Jedną z ostatnich decyzji podjętych przez ten ośrodek była decyzja aprobująca możliwość wykorzystania w pewnych typach niepłodności mitochondrialnego DNA pochodzącego od osoby

trzeciej. Przykład brytyjski jasno pokazuje, jak istotny może być wpływ refleksji bioetycznej na badania i politykę legislacyjną, społeczną i zdrowotną kraju.

Pytania o śmierć

Nie chciałbym umierać byle jak i byle gdzie. Nie chciałbym być przedmiotem bezlitosnych zabiegów lekarzy, którzy na zasadzie wyczynu sportowego walczą o przedłużenie gasnącego życia o każdy dzień, każdą minutę, każdą sekundę bez względu na moją wolę i bez względu na jakość tego życia. Tzw. leczenie uporczywe wydaje mi się błędem w sztuce i działaniem, którego niepodobna usprawiedliwić moralnie. Nie chciałbym też umierać z rozpoznaniem choroby Alzheimera. Umieranie w głębokim otępieniu jest dla mnie swoistą degradacją moralną – brutalnym pogwałceniem poczucia mojej godności. Nadto, jest to zbyt cenny i niczym nieusprawiedliwiony ciężar dla moich najbliższych i dla całego społeczeństwa.

Najchętniej umierałbym więc we własnym domu, otoczony książkami, mając możliwość słuchania ulubionej muzyki – bez bólu, bez cierpienia, w pełni pogodzony z własną śmiertelnością. Nie mam jednak żadnej pewności, że do końca zachowam przytomność. I wiem, że nie powinienem i nie chciałbym umierać w samotności – bez obecności i pomocy innych osób. Człowiek stary, stojący u kresu życia, z natury rzeczy jest samotny, nadwrażliwy, kruchy, bezradny, narażony na ból, cierpienie i krzywdę. Człowiek stary, a zwłaszcza człowiek umierający, potrzebuje opieki i ukojenia.

Medycyna współczesna nie jest sztuką dobrego umierania. Lekarze traktują na ogół umieranie jako techniczny problem medycyny. A jeśli jest to problem techniczny, to powinien być rozwiązywany za pomocą środków medycznych i w sposób swoisty dla medycyny. Ponieważ umieranie polega na postępującej dezintegracji kolejnych systemów biologicznych, lekarz powinien przede wszystkim opanować i w miarę możliwości kontrolować i spowalniać ten proces. Ale jest to w istocie cel beznadziejny. Ze śmiercią bowiem nie można wygrać. Prędzej czy później każdy bez wyjątku pacjent umiera. Atul Gawande, znakomity lekarz amerykański, nazywa to w swej ostatniej, poruszającej i głęboko mądrej książce „Being mortal” medykacją śmierci i umierania. Skoncentrowani na chorobie i słabnącym ciele lekarze nie chcą lub nie potrafią dostrzec osoby pacjenta i hierarchii jego wartości. Nie potrafią rozmawiać z nim o jego lękach i trwogach. Nie zawsze potrafią okazać mu współczucie.

O życiu jako sztuce dobrego umierania (*ars moriendi*) pisali już starożytni. Ale to dopiero w warunkach współczesnej technologii medycznej umieranie stało się rzeczywiście problemem. Człowiek umiera coraz dłużej. I z reguły umieranie jest wypełnione bólem, cierpieniem, rozpaczą i poczuciem beznadziejności. Nie bardzo bowiem wiadomo, czy i kiedy wolno nam lub wręcz powinniśmy zrezygnować z aktywnej walki o utrzymanie i przedłużenie życia. To właśnie fakt, że umieramy coraz dłużej i to zazwyczaj w nasyczonej bezduszną technologią, anonimowym, emocjonalnie chłodnym i sterylnym otoczeniu szpitala, sprawia, że problem, jak należy postępować wobec pacjenta u kresu jego życia,



stał się obecnie jednym z najbardziej kontrowersyjnych problemów moralnych medycyny. Każdy z nas musi w końcu umrzeć. A z punktu widzenia umierającego pacjenta lepiej jest umierać dobrze niż źle.

Niektórzy z nas chcą za wszelką cenę pokonać śmierć i walczyć do końca – bez względu na ogrom bólu i cierpienia oraz koszty leczenia i utrzymywania pacjenta przy życiu. Inni stanowczo domagają się legalizacji eutanazji, czyli śmierci spowodowanej przez lekarza na wyraźną i dobrowolną prośbę pacjenta. Jeszcze inni opowiadają się za samobójstwem z pomocą lekarza (*physician assisted suicide*). Lekarz nie powoduje wówczas śmierci pacjenta, lecz dostarcza mu jedynie śmiertelne środki, których pacjent w każdej chwili może użyć, jeśli podejmie taką decyzję. Coraz częściej postuluje się też prawne usankcjonowanie swoistej dyspozycji ostatecznej (*the living will*), w której jasno i wyraźnie zdrowy pacjent definiuje swoje oczekiwania i formułuje odpowiednie zalecenia dla lekarza w przypadku nieuleczalnej i śmiertelnej choroby – np. alzheimera. Mówi się też o terminalnej sedacji, która nie jest jakoby tożsama z eutanazją. A także o doskonałej opiece paliatywnej w hospicjum lub w domu, której zakres i rytm jest wynikiem wspólnych ustaleń pacjenta, pielęgniarki i lekarza. Możliwości jest wiele i każde stanowisko ma swoje racje za i przeciw. W każdym jednak przypadku człowiek umierający potrzebuje w swej podróży na drugi brzeg kogoś, kto będzie mu w tym towarzyszył, choćby przez fakt swojej obecności. Obawiam się, że nie jesteśmy jako społeczeństwo gotowi do dyskusji o własnej śmiertelności i granicach medycyny.

Pytania o wymiar społeczny

Bioetyka jest dyscypliną teoretyczną i zarazem praktyczną – w każdym z tych znaczeń jest głęboko uwarunkowana kulturowo i światopoglądowo. Inaczej uprawia się bioetykę w kraju o głębokich tradycjach demokracji i pluralizmu światopoglądowego, a inaczej w krajach o monokulturowym światopoglądowym typu Polska lub Iran. Nie jest możliwe ostateczne rozstrzygnięcie sporów filozoficznych i moralnych za pomocą metod nauki. Albo ktoś wierzy w istnienie Boga, albo nie. Albo ktoś wierzy, że prawo do życia jest zawsze ważniejsze niż prawo do wolności, albo na odwrót – uznaje wyższość prawa do wolności nad prawem do życia.

Poczucie niepewności i konflikty moralne są faktem. Nie potrafimy jednak naukowo mierzyć, ważyć i porównywać wartości moralnych. Ktoś więc, kto uzna życie za wartość najwyższą, będzie skłonny potępić każdy akt przerywania ciąży jako ohydny zbrodnie. Jeśli jednak za wartość najwyższą uzna wolność, nie zawaha się poświęcić własnego lub cudzego życia właśnie w imię lub dla obrony wolności. Spór o przerywanie ciąży (art. s. 19), o eutanazję (art. s. 73) czy nawet toczący się od pewnego czasu gorący spór o możliwość i granice wykorzystania inżynierii genetycznej w celu doskonalenia jednostki lub gatunku ludzkiego



(art. s. 82) są w istocie zderzeniem różnego rodzaju postaw moralnych i – jako takie – sporami nierozstrzygalnymi przy użyciu metody naukowej. Możliwe jest jednak przedstawienie całkiem niezłych racji filozoficznych i moralnych na rzecz takiego lub innego rozwiązania.

Ale bioetyka to nie tylko dociekania filozoficzne nad możliwością rozwiązywania niezwykle trudnych problemów moralnych, jakie pociągają za sobą zmiany społeczne i rozwój nauki i technologii. To także pewien sposób analizy i rozwiązywania konfliktów społecznych. W tym rozumieniu bioetyka jest przede wszystkim dyscypliną praktyczną, która ustala zasady określonej polityki w odniesieniu do pewnych istotnych dla nas dziedzin życia. Można to dostrzec wyraźnie w przypadku normatywnej regulacji badań i eksperymentów naukowych. Tak, bez wątpienia – wiedza, po-

znanie i prawda są dla nauki i dla gatunku ludzkiego celem fundamentalnym. Nigdy jednak nie wol-

no dążyć do prawdy w sposób bezwzględny – kosztem życia, zdrowia, nietykalności, bezpieczeństwa, wolności, autonomii, zaufania czy godności człowieka. Podobnie jest w przypadku transplantacji jako metody ratowania zdrowia i życia, prokreacji czy umierania. Życie ludzkie bez wątpienia jest wartością, ale nie jest wartością jedyną i absolutną. W życiu liczy się nie tylko prawo do życia. Ważne są również inne prawa i wartości, w tym także prawo do śmierci z godnością.

W tym rozumieniu głównym zadaniem bioetyki jest znalezienie pewnego kompromisu pomiędzy różnymi niedającymi sprowadzić się do wspólnego mianownika wartościami i interesami grup społecznych. A kompromis ten jest z reguły wynikiem debaty publicznej z udziałem wszystkich zainteresowanych.

Fakt, że do tej pory Polska nie ratyfikowała konwencji z Oviedo, że nadal nie ma regulacji prawnej dotyczącej zapłodnienia *in vitro* oraz informacji genetycznej, boleśnie świadczy o tym, że nie potrafimy rozmawiać o sprawach moralnie istotnych. Nie dojrzeliliśmy i nie mamy woli do zawierania żadnych kompromisów. A nie jest możliwa racjonalna polityka, także w odniesieniu do sfery życia, zdrowia i śmierci, bez dobrej woli i gotowości do kompromisów.

Bioetyk nie jest ekspertem moralnym, który zna naturę prawdy moralnej i ma bezpośredni wgląd w istotę ustanowionego przez Boga porządku moralnego. Mądre i skuteczne uprawianie bioetyki jako dyscypliny praktycznej polega przede wszystkim na umiejętności rozpoznawania i jasnego wyrażania niepewności i niepokojów moralnych, jakie rodzi w społeczeństwie rozwój nauki i technologii. Bioetyka stawia więc nie tylko pewną diagnozę sytuacji moralnej w naukach biomedycznych, ale także proponuje określoną terapię, która wyraża się w postaci rekomendacji odnoszących się do konkretnych problemów. Taka jest zwykle praktyka narodowych komitetów bioetycznych. Każdy postępek w rozwoju nauki i technologii ma bowiem swoje dobre i złe strony. Im wcześniej zaczniemy o tym myśleć, tym lepiej.

ZBIGNIEW SZAWARSKI

Bioetyka jest dyscypliną teoretyczną i zarazem praktyczną – i jest głęboko uwarunkowana kulturowo i światopoglądowo.



Rodzina czarnoskórych Amerykanów, 1901 r.

KONCEPT ANTYKONCEPCJI

Spór o antykoncepcję to spór o kontrolę nad seksualnością. Kto powinien ją sprawować: człowiek sam czy władza – świecka lub duchowna?

❖ JOANNA PODGÓRSKA

Ludzkość od tysięcy lat gra w tę grę z naturą: co zrobić, by zapanować nad własną płodnością. W starożytnym Egipcie stosowano płócienne prezerwatywy i dopochwowe krążki nasączone mieszanką miodu i łajna krokodyla. Chińskie prostytutki nakładały na szyję macicy kawałki naoliwionego bambusa. Źródła sanskryckie zalecały kobiecie wstrzymanie oddechu podczas wytrysku lub jedzenie melasy zmieszanej z odnogami much. Grecki lekarz Soranus z Efezu twierdził, że aby zapobiec ciąży, kobieta powinna po stosunku kucnąć i kichnąć.

Jedne z tych metod były czystą magią, inne – jak ziołowe mieszanki czy tampony nasączone naturalnymi substancjami plemnikobójczymi – miały podłoże racjonalne. W każdym razie była to dla starożytnych sprawa niezwyklej wagi. Świadczy o tym historia pewnej rośliny, gigantycznego kopru rosnącego w okolicach Cyreny, który uchodził za środek najskuteczniejszy. Panowało przekonanie, że nie tylko działa wczesnoporonnie, ale także zapobiega ciąży. Kobiety piły jego wywar zmieszany z winem i nasionami ruty. Cyrena stała się sławna, a przez wiele stuleci wizerunek kopru widniał na jej monetach. Próbowano go hodować gdzie indziej, ale bez powodzenia, dlatego osiągał bardzo wysokie ceny. Jego niezwykła popularność sprawiła, że został w końcu doszczętnie wytopiony.

Ziołowe recepty Soranusa, spisane w jego dziele „Ginekologia”, przejęli Arabowie, a od nich trafiły one do średniowiecznej Europy. Jednak aż do XIX w. najpopularniejszą metodą antykoncepcyjną był stosunek przery-

wany. Wynalazek wulkanizacji gumy w drugiej połowie XIX w. przyniósł masową popularność prezerwatywie. Stosowano także irygatory, plemnikobójcze globulki, ale wszystko były to środki zawodne i niepewne. Za moment, gdy ludzkość wygrała grę z naturą, można uznać dopiero 1951 r.; zespół pod kierunkiem Carla Djerassiego przeprowadził wówczas udaną syntezę noretyndronu (substancji o strukturze podobnej do progesteronu, regulującej owulację). W 1960 r. do aptek trafiła pierwsza pigułka antykoncepcyjna, wywołując kulturową rewolucję.

Drabina nierządu

Papież Paweł VI, autor antypigułkowej encykliki „Humanae vitae”, kreślił wizję ogólnego upadku obyczajów i otwartej drogi do niewierności małżeńskiej. Zapowiedział, że mężczyźni, przyzwyczajony do praktyk antykoncepcyjnych, zatracą szacunek dla kobiet. Kardynał Ratzinger pisał z kolei, że wraz z daniem pigułki odebrano kobiecie jej własny świat, własny sposób bycia, stała się istotą używalną o każdym czasie. Początkowo wątpliwości miały też feministki, bo pierwsze pigułki to były prawdziwe bomby hormonalne. Uznały, że to zbyt duża ingerencja w organizm kobiety, a faceci powinni się zająć eksperymentami na własnych genitaliach. Jednak eksperymenty szły dalej w tym samym kierunku. Współczesna pigułka to siostra tamtej, ale z o wiele mniejszą dawką hormonów, lepiej tolerowana przez organizm. Jej mutacje to hormonalne wkładki, implanty, plastry i zastrzyki.

Ojciec pigułki dr Carl Djerassi pytany, co dalej z antykoncepcją, odpowiadał, że wiele już się w tej kwestii nie wydarzy. Trwają co prawda prace nad pigułką dla mężczyzn, ale bez pośpiechu i presji rynku farmaceutycznego. Z jednej strony stoją za tym względy naukowe – łatwiej badaczom zapanować nad jedną komórką jajową niż nad milionami plemników. Z drugiej obyczajowe – to kobieta ponosi zazwyczaj koszty niechcianej ciąży. Z badań wynika, że ponad połowa kobiet chętnie scedowałaby na partnera obowiązki związane z antykoncepcją. Jednocześnie jednak wyrażają obawę, czy mężczyźni pamiętaliby o regularnym zażywaniu pigułek. Z doświadczeń lekarzy wynika, że raczej nie.

Dziś ponad 100 mln kobiet zaczyna swój dzień od małej tabletki i to się raczej nie zmieni. Nie zrezygnują z niej, bo dała im wolność. Była początkiem cywilizacyjnej zmiany, która przebudowała model rodziny i społeczeństwa. Wpłynęła na jakość życia, nie tylko seksualnego. Uzyskując kontrolę nad własną płodnością, uzyskały kontrolę także nad własną przyszłością. Po raz pierwszy w historii ludzkości mogły naprawdę planować, czy, kiedy i ile dzieci uro-