

METODOLOGIA BIOETYKI

– Barbara Chyrowicz –

Abstrakt. Prezentowana w artykule problematyka dotyczy (1) statusu bioetyki jako dyscypliny naukowej i (2) wykorzystywanych w niej metod badawczych. W ramach statusu bioetyki omawiane są problemy związane ze zdefiniowaniem bioetyki, sposobami jej uprawiania (interdyscyplinarny dyskurs, etyka stosowana, kontynuacja etyki medycznej) oraz wyborem dyscypliny, w ramach której miałyby być uprawiana (prawo, teologia, filozofia). Przedstawione metody bioetyki zostały podzielone na normatywne nienormatywne. Metody nienormatywne to metody empiryczne, zarówno jakościowe jak i ilościowe; metody normatywne natomiast zostały ujęte w trzech grupach: metody oparte na zasadach (aplikacyjna i koherencyjna), metoda kazuistyczna oraz metody alternatywne (perspektywa etyki cnót, perspektywa etyki troski, metoda komunitariańska i perspektywa narracyjna). Ponieważ alternatywne sposoby badania problemów bioetycznych nie są zawsze metodologicznie dopracowane, obok pojęcia metody zostało wprowadzone pojęcie perspektywy badawczej (w literaturze przedmiotu używane zamiennie z pojęciem podejścia badawczego).

Słowa kluczowe: definicja bioetyki, metoda bioetyki, metody oparte na zasadach, metoda kazuistyczna, metody alternatywne, J. Childress, T. Beauchamp, E.D. Pellegrino, A.R. Jonsen.

Ponieważ spór o to, czy bioetyka jest, czy też nie jest nauką, nie został ostatecznie rozstrzygnięty, prezentacja wykorzystywanych w niej metod musi być z konieczności poprzedzona wyjaśnieniem metodologicznego statusu samej bioetyki. Wiąże się to najpierw z odpowiedzią na pytanie, czy bioetyka jest odrębną dyscypliną naukową, a następnie z rozstrzygnięciem jakiego rodzaju dyscypliną, to jest do jakiej dziedziny nauki można ją zaliczyć. Zanim zatem omówimy proponowane w bioetyce metody badawcze, przedstawimy najpierw próby zdefiniowania bioetyki jako nauki i propozycje jej „naukowego przyporządkowania”.

1. Bioetyka: definicje i problem naukowego statusu

Za autora, który ukuł termin *bioetyka* uznaje się amerykańskiego biochemika i onkologa, Van Rensselaera Pottera († 2001) – wprowadził go w wydanej

w roku 1971 książce: *Bioethics: Bridge to the Future*¹. Mniej więcej w tym samym czasie terminem *bioetyka* posłużył się holenderski lekarz André E. Hellegers związany z *Georgetown University* w Waszyngtonie (założyciel *The Kennedy Institute of Ethics*). Potter rozumiał bioetykę jako pomost między biologią a etyką, techniką a humanistyką, łącznik między opartą na faktach biologicznych kulturą scjencystyczną, a kulturą humanistyczną przyjmującą za podstawę wartości etyczne. Proponowana przez Pottera bioetyka globalna obejmowała zarówno bioetykę medyczną jak i ekologiczną, jej celem natomiast miało być wypracowanie racjonalnych i zarazem roztropnych procedur udziału człowieka w biologicznej i kulturowej ewolucji². W ujęciu Hellegersa bioetyka to nowa dyscyplina, której celem jest wypracowanie zasad etycznych odnoszących się tak do praktyki medycznej, jak i do zastosowań nauk biologicznych. Zakres problematyki bioetycznej w ujęciu Hellegersa jest więc znacznie węższy niż w definicji bioetyki Pottera. W. Reich zastanawiając się nad tym, którego z autorów uznać za inicjatora nowej dyscypliny badawczej, przyznaje Potterowi pierwszeństwo w sformułowaniu terminu *bioetyka*, stwierdzając zarazem, że ewolucyjne znaczenie nadane jej przez Pottera niewiele ma wspólnego z przyjętym współcześnie sposobem rozumienia bioetyki, które miał zainicjować zdecydowanie Hellegers³. 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. Funkcjonujący w języku angielskim termin *Animal Ethics* wydaje się pewnym 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. Czym zatem jest bioetyka?

Kiedy dwa lata po ukazaniu się książki Pottera D. Callahan pisze artykuł *Bioethics as a Discipline* zauważa, że bioetyka nie jest jeszcze w pełni ukształtowaną dyscypliną naukową. Jak na razie brak jej – pisze Callahan – jasnych kryteriów i norm, co wynika po części z braku wyraźnego zdefiniowania nowej dyscypliny⁴. W miarę postępu bioetycznej refleksji pojawia się coraz więcej prób jej definicyjnego ujęcia. Wspomniany już Reich, redaktor wydanej w roku 1978 pierwszej *En-*

¹ Potter [1971].

² Tamże, s. 1-2. Rozumieniu bioetyki Potter poświęca głównie pierwszy rozdział książki zatytułowany: *Bioethics, The Science of Survival*, s. 1-29.

³ Reich [1993] s. S6-S7.

⁴ Callahan [1973] s. 66-73.

cyklopedii bioetyki, określa we wstępie bioetykę jako studium na temat etycznych aspektów medycyny i nauk biologicznych⁵. Autor hasła „bioetyka” w tejże encyklopedii, D. Clouser, respektując wstępne uwagi redaktora dodaje, że bioetyka nie jest niczym więcej jak standardową teorią etyczną zastosowaną do problemów związanych z rozwojem medycyny. Nie zawiera zatem jakichś specjalnych zasad, metod czy reguł, jest „starą etyką” szukającą drogi w nowej, zawiłej sytuacji⁶. W dwóch kolejnych wydaniach *Encyklopedii* (1995, 2003)⁷ autorem hasła *bioetyka* jest wspomniany już wyżej Callahan. Tym razem podkreśla, podobnie jak Clouser, że bioetyka jest kontynuatorką tradycyjnie rozumianej etyki medycznej⁸, ma jednak zdecydowane inny niż jej poprzedniczka charakter. Bioetyka rozumiana wąsko – kontynuuje Callahan – stanowi jeszcze jeden obszar moralnej refleksji nad nienotowanym wcześniej na tak wielką skalę postępowaniem w sferze nauki i technologii. Jeśli rozumieć ją szerzej, w refleksji bioetycznej znajdują się też aspekty prawne, kulturowe, polityczne, religijne, ekologiczne, demograficzne i socjologiczne wspomnianego postępu. W takim ujęciu bioetyka obejmuje wszystkie dyscypliny, które zgodnie z właściwym im przedmiotem formalnym traktują o ludzkim życiu, a jej celem jest próba zrozumienia tak ludzkiej natury jak i ludzkiego zachowania. Przy tak szerokim rozumieniu bioetyki, jej domenę stanowią wspólnie nauki filozoficzne, medyczne i społeczne⁹, co w praktyce czyni z niej raczej rodzaj dyskursu niż naukę. Callahan zdaje się skłaniać właśnie ku takiemu, interdyscyplinarnemu rozumieniu bioetyki. Podobnego zdania są H. Kuhse i P. Singer, redaktorzy *Przewodnika po bioetyce*. We wstępie do książki twierdzą, że bioetyka była od początku „interdyscyplinarnym przedsięwzięciem”, jako taka przekroczyła granice nie tylko medycyny i nauk biomedycznych, lecz również prawa, ekonomii i polityki społecznej¹⁰.

Jeśli chodzi o rodzimych autorów, to podobnie jak Clouser bioetykę zdefiniował T. Ślipko:

[...] bioetyka to dział filozoficznej etyki szczegółowej, która ma ustalić oceny i normy (reguły) moralne ważne w dziedzinie działań (aktów) ludzkich polegają-

⁵ Reich [1978] s. XII-XXX.

⁶ Clouser [1978] s. 116, 124-125.

⁷ Ostatnie, czwarte już wydanie *Encyklopedii* ukazało się w roku 2014.

⁸ Termin wprowadzony przez angielskiego lekarza T. Percivala (1740-1804).

⁹ Callahan [2004] s. 278-279.

¹⁰ Kuhse, Singer [1998] s. 10.

cych na ingerencji w granicznych sytuacjach związanych z zapoczątkowaniem życia, jego trwaniem i śmiercią¹¹.

Znacznie mniej rozbudowane definicje, za to dalece nieprecyzyjne, znajdujemy w wydanych w języku polskim wydawnictwach encyklopedycznych: bioetyka to „dział etyki, który podejmuje moralne i społeczne problemy związane z technikami umożliwiającymi przez rozwój nauk biologicznych”¹² lub: „bioetyka to wiedza normatywna obejmująca problematykę wynikającą ze struktur związanych z rozwojem nauk biomedycznych”¹³. Pierwsza z przytoczonych definicji odwołuje się wprowadzić do etyki jako podstawy analiz, ale w obszarze zainteresowań bioetyki wymienia równorzędnie problemy moralne i społeczne, nie precyzuje też, czy chodzi o problemy jedynie ludzkiego, czy również „pozaludzkiego świata”. Druga definicja, odwołując się do nauk biomedycznych, pozwala domniemywać, że bioetyka dotyczy zasadniczo ludzkiej rzeczywistości. Wskazanie na jej normatywny charakter nie przesądza jednak, czy chodzi jedynie o normy etyczne, czy również teologiczne i prawne. Można by wprowadzić utrzymywać, że sama etymologia terminu *bioetyka* decyduje o jej etycznym, czyli filozoficznym charakterze, ale w praktyce terminem tym posługują się przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych, niekoniecznie filozofowie. Reich zauważa, że termin *bioetyka* zaakceptowany został przez przedstawicieli różnych dyscyplin, ponieważ okazał się nader sugestywny i pozbawiony ideologicznych obciążeń towarzyszących samej etyce. Bioetyka miałaby oznaczać „nowe otwarcie”, nowy obszar badawczy wspólny dla wielu dyscyplin¹⁴. Można się zatem spierać, która z definicji bioetyki lepiej określa jej materialny i formalny przedmiot, ale zważywszy na to, jak wiele dyscyplin pretenduje do tego, by w ich ramach uprawiać bioetykę, należałoby albo w ogóle zrezygnować z uznania bioetyki za odrębną naukę, albo też dyskusję nad jej zdefiniowaniem prowadzić w ramach konkretnej dyscypliny, godząc się na to, że uprawnione są różne definicje bioetyki. Mając na względzie przedstawione wyżej próby określenia, czym jest bioetyka, można by ją zatem rozumieć jako:

– interdyscyplinarne studia nad etycznymi, społecznymi, prawnymi i filozoficznymi problemami związanymi z postępem nauk biomedycznych;

¹¹ Ślipko [1994] s. 16.

¹² Warnock [1988] s. 74.

¹³ Kostro [1978] kol. 568–570.

¹⁴ Reich [1993] s. S7.

- odrębną dyscyplinę przyjmującą w punkcie wyjścia metodologię nauki (dyscypliny naukowej), w ramach której jest uprawiana, to jest etyki (filozofii), teologii moralnej, socjologii, prawa, etc.;
- kontynuację etyki medycznej.

Pierwszy wariant wyklucza przyjęcie konkretnej metody badawczej. Drugi i trzeci mają ze sobą wiele wspólnego, o ile dyscypliną, w zakresie której uprawiana jest bioetyka, jest filozofia: w obu przypadkach mamy wówczas do czynienia z refleksją natury etycznej, co nie przesądza jednak jeszcze o przyjętej metodzie badawczej. W drugim z wariantów bioetyka przejmować będzie konsekwentnie metodę teorii etycznej, w obrębie której będą formułowane szczegółowe sądy; charakterystyczne dla trzeciego będzie natomiast wypracowywanie odrębnych, specyficznych dla bioetyki (etyki biomedycznej) metod, łączących elementy właściwe różnym teoriom etycznym bądź proponujących nowe, metodologiczne rozwiązania. Każdy z trzech wymienionych wyżej sposobów rozumienia bioetyki wymaga komentarza.

1.1. BIOETYKA JAKO INTERDYSCYPLINARNY DYSKURS

Tacy autorzy jak A.R. Jonsen czy D.N. Irving postulują, by bioetyki nie traktować jako odrębnej dyscypliny naukowej, lecz raczej jako rodzaj dyskursu. Irving twierdzi, że współczesna bioetyka to „poliglota”, który łączy różne systemy etyki, teologii, filozofii i polityki¹⁵. Jonsen, na wypowiedź którego Irving się powołuje, uważa, że jeśli przez dyscyplinę naukową rozumieć spójny zbiór zasad i metod właściwy dla analizy specyficznego przedmiotu, to bioetyka nie zasługuje na miano dyscypliny naukowej. W bioetyce brak bowiem – zauważa – jakiejś dominującej metody oraz jednoznacznego odwołania do teorii, sporo natomiast zapożyczeń z różnych dyscyplin, najwięcej z filozofii (np. typy argumentacji, rodzaje teorii etycznych) i teologii (np. kategoria świętości życia, odwołanie do wartości transcendentnych). Jonsen proponuje zatem, by bioetyki nie nazywać dyscypliną naukową w ścisłym tego słowa znaczeniu, lecz „w zwyczajnym znaczeniu”. Autor najwyraźniej nie chce zupełnie odmawiać bioetyce naukowego charakteru, a tłumaczy to tym, że przynajmniej od połowy lat siedemdziesiątych bioetyka jest przedmiotem nauczania i może się poszczycić znacznym dorobkiem przedmiotowym¹⁶. Irving odrzuca propozycję przyznania bioetyce „naukowej połowiczności”. Bioetyki nie uznaje za akademicką dyscyplinę naukową, lecz za rodzaj dys-

¹⁵ Irving [b.r.].

¹⁶ Jonsen [1998] s. 345.

kursu, który w wielokulturowym, pluralistycznym społeczeństwie podlega zasadom demokracji pozwalającym na wypracowanie konsensu między spornymi stanowiskami¹⁷. Zauważmy, że uznanie bioetyki za interdyscyplinarny obszar badawczy, czyli możliwość analizowania problemów związanych z rozwojem biomedycyny z punktu widzenia różnych dyscyplin naukowych nie jest tym samym co uznanie jej wprost za rodzaj dyskursu.

1.2. BIOETYKA JAKO ODREBNA DYSCYPLINA ETYKI STOSOWANEJ

Uznanie bioetyki za odrębną naukę nie oznacza, że prowadzone przez nią badania nie będą miały interdyscyplinarnego charakteru. Niezależnie jednak od tego, jaki aspekt przyjmiemy za punkt wyjścia analiz, będzie to zawsze analiza praktycznych zastosowań współczesnej biomedycyny, poddana etycznym (filozoficznym), teologiczno-moralnym lub prawnym kanonom. Nieprzypadkowo trzy wymienione podejścia mają charakter normatywny. Bioetyka jako odrębna dyscyplina wyraźnie pretenduje bowiem do stanowienia norm w obrębie biomedycznej *praxis*. Istnieje również i takie podejście do bioetycznej problematyki, które uznaje empiryczne (biomedyczne) dane za podstawę bioetycznych rozstrzygnięć, tak zwana „empiryczna bioetyka” (podobnie jak bioetyka pragmatyczna) jest jednak raczej metodą niż bioetyczną subdyscypliną. Odniosę się zatem do niej, szerzej omawiając metody bioetyki. Jako odrębna dyscyplina bioetyka może mieć charakter prawny, teologiczno-moralny lub filozoficzny. Filozoficzny kontekst wymieniam na końcu, ponieważ wydaje się on najbardziej właściwy dla prowadzenia bioetycznych analiz, co też postaram się niżej uzasadnić.

1.2.1. Bioetyka a prawo

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 nie co innego jak właśnie biomedyczne precedensy stały się początkiem bioetycznej refleksji. Kiedy spojrzeć na jej historię, łatwo zauważyć, że pogłębiona refleksja moralna (tak teologiczna jak i filozoficzna) bywała czasem wywołana koniecznością wprowadzenia prawa regulującego biomedyczne procedury (transplantacje, eksperymenty medyczne). Nie twierdę bynajmniej, że normy moralne są wyprowadzane z zapisów prawnych, podobnie jak nie uznaję ich za pochodną możliwości biomedycyny, gdyby jednak szukać „katalizatorów” wielu dyskusji we współczesnej bioetyce byłyby nimi – obok postępu biomedycyny - również procedury legislacyjne. Kontrowersje i zarazem ograniczenia prawa ujawniają się wówczas, gdy demokratyczny system jego stanowienia opar-

¹⁷ Irving [b.r.].

ty na zasadzie większości uznaje się za wiążący nie tylko prawnie, lecz i moralnie. Treść uchwalanych ustaw ze zrozumiałych względów nie zadawała zazwyczaj w pełni żadnej z opozycyjnych stron, ponieważ najczęściej stanowi wypadkową różnego rodzaju przekonań moralnych. To samo prawo, które dla liberałów jest zbyt konserwatywne, przez konserwatystów bywa uznawane za zbyt liberalne. Zaangażowanie polityków w tworzenie prawnych regulacji dotyczących możliwego, dzięki postępowi medycyny, różnorakiego ingerowania w procesy życiowe człowieka bywa dzisiaj nazywane biopolityką¹⁸.

Prawo regulujące biomedyczne ingerencje tak w odniesieniu do człowieka jak i do środowiska naturalnego jest bezwzględnie konieczne, co nie znaczy że wystarczające do stanowienia moralnego porządku. W etyce medycznej prawo zaznaczyło w sposób szczególny swoją obecność w wypracowywaniu sprawiedliwych i skutecznych procedur (np. alokacji środków medycznych) oraz bezstronnych zasad¹⁹. Istnieją jednak w bioetycznej debacie obszary, do których nie da się wprost zastosować ogólnych ze swej istoty reguł prawnych (np. kwestia informowania dalszej, aczkolwiek spokrewnionej rodziny o obciążeniach genetycznych). Nie jest też wykluczone, że w zależności od przyjmowanej aksjologii prawo w różny sposób regulować będzie te same przypadki, np. aborcję lub eutanazję. Refleksja natury filozoficznej (etycznej) pokaże ich złożoność, co nie znaczy, że ułatwi jednoznaczną ocenę. Dyskutujący nad nią etycy uzasadniają bowiem swoje stanowiska, odwołując się do kolidujących ze sobą zasad, co powoduje ostatecznie, że bioetyka jest areną nieustannych sporów²⁰. W. Stelmach postuluje zatem, by zamiast przeciwstawiać założenia oparte na aksjologicznym absolutyzmie założeniom legitymowanym aksjologicznym relatywizmem – co z góry wyklucza jakąkolwiek możliwość porozumienia – poszukać lepiej etycznego, a w konsekwencji również legislacyjnego kompromisu²¹. Moralny kompromis okazuje się jednak nader kontrowersyjny. Jego możliwości przeczy uznanie (bynajmniej powszechnie niepodzielane), że podstawowe zasady moralne nie są kreowane przez człowieka, a więc nie podlegają negocjacji. Zgoda na moralny kompromis oznacza rezygnację z przyjęcia stałych i niezmiennych norm moralnych. Aksjologiczny fundament prawa nie zostaje przez to zupełnie wyeliminowany, ale w jakiejś mierze podważony. O tym, że fundament ten jest potrzebny, nie trzeba nikogo przekonywać. Gdyby z niego zrezygnować, za podstawę prawnej dopuszczalności

¹⁸ Foucault [2000] s. 125; Mieth [2002] s. 323–414.

¹⁹ Hall, King [2010] s. 127–143.

²⁰ Castignone [2006] s. 84–85.

²¹ Stelmach [2010] s. 24.

biomedycznych ingerencji pozostawałoby nam przyjąć ich efektywność – tej zaś nie sposób nie uwzględniać, ale gdyby sama z siebie stanowiła rację ich moralnej i prawnej dopuszczalności, regulacja prawna koncentrowałaby się zasadniczo na ochronie autonomii pacjentów, nie wnikając w charakter samych ingerencji. Ponadto, ponieważ to właśnie praktyczne zastosowanie biomedycyny prawo ma regulować, uznanie biomedycznej efektywności za postawę uregulowań prawnych oznaczałoby błędne koło w rozumowaniu.

Przyjęcie niezależnego od prawa porządku moralnego odsyła nas do etyki względnie teologii moralnej. Obie dyscypliny zaznaczyły wyraźnie swoją obecność przy powstaniu bioetyki.

1.2.2. Przesłanki teologiczne

W perspektywie teologicznej bioetyka przynależy do teologii moralnej. Podstawą formułowania sądów w tejże jest doktryna moralna konkretnej religii, w przypadku chrześcijaństwa będzie to Dekalog. Tacy pionierzy współczesnej bioetyki, jak J. Fletcher²², P. Ramsey²³ czy R. McCormick²⁴ to teologowie niepostrzegający bioetyki jako czysto laickiej nauki. Wspólne uznanie chrześcijańskich korzeni (dwaj pierwsi to protestanci, ostatni jest katolikiem) nie wpłynęło jednak na jedność przyjętych stanowisk; wymienieni autorzy reprezentują np. różne stanowiska odnośnie do dopuszczalności eutanazji²⁵.

L.S. Cahill wymienia trzy modele teologicznej etyki medycznej: model autonomii (skoncentrowany na podkreślaniu i bronienu w pluralistycznej rzeczywistości specyfiki chrześcijańskiej moralności – S. Hauerwas, A. Verhey, G. Meilaender, G. Grisez), model kontynuacji (pozostający w różnym stopniu otwarty na rewizję przyjmowanego stanowiska – R. McCormick, J.T. Noonan) oraz model dialektyczny (opierający się na dialektycznej relacji między teologią a kulturą – S. Callahan, M.A. Farley, M.A. Ryan)²⁶. Zróżnicowanie ocen i norm pojawia się również w bioetyce judaistycznej, a przebiega stosownie do trzech głównych gałęzi judaizmu: ortodoksyjnej, konserwatywnej i reformowanej²⁷. Jeśli chodzi o inne wyznania, to w literaturze przedmiotu wymieniana jest też bioetyka islamska²⁸, bioetyka hinduistyczna²⁹ i buddyjska³⁰, a nawet taoistyczna³¹.

²² Fletcher [1954].

²³ Ramsey [1977].

²⁴ McCormick [1978] s. 30–36.

²⁵ Green [1990] s. 183.

²⁶ Cahill [2010] s. 82–84.

²⁷ Davis [1994] s. 109–126.

²⁸ Kelsay [1994] s. 93–107.

Z uwagi na to, że dla teologii moralnych charakterystyczne jest przyjmowanie pozaracjonalnych źródeł poznania, których wiarygodność ogranicza się do wyznawców danej religii, teologicznym ujęciom bioetyki już w punkcie wyjścia odmawia się często uniwersalnego znaczenia. Zdecydowanie najsilniej obecna w bioetyce doktryna moralna Kościoła Katolickiego³² nie opiera się jednak jedynie na biblijnym przekazie. Możliwości współczesnej medycyny były autorom biblijnym całkowicie obce, teologowi próbującemu zinterpretować bioetyczne dylematy w świetle Objawienia pozostaje zatem odwołać się do rozumu i doświadczenia, czyli ostatecznie do filozofii. Wypracowane stanowisko - jakkolwiek uznane za wiążące dla wyznawców religii katolickiej - nie będzie jednak miało co do swej genezy charakteru stricte religijnego³³. Tytułem przykładu: przyjmowany w katolickiej teologii moralnej respekt dla powszechnie obowiązującej normy „nie zabijaj” niczego nie przydaje do jej treści, na gruncie religijnym wzmocniona zostaje natomiast motywacja do jej przestrzegania, a co za tym idzie także zakres obowiązywalności normy. Chrześcijańska teologia moralna w rozstrzyganiu bioetycznych problemów zwraca się zatem ku filozofii³⁴ nie dlatego, że nie dysponuje ostatecznym kryterium potrzebnym do oceny działań zagrażających ludzkiemu życiu – tym jest wyraźnie sformułowana w Biblii kategoria świętości ludzkiego życia – ale mając na względzie tak potrzebę ich zinterpretowania w świetle danych Objawienia, jak i uzasadnienia przyjętych rozwiązań i to w sposób wykraczający poza religijny fundament. Jedynie wtedy w pluralistycznej rzeczywistości może bronić uniwersalnego przesłania głoszonych norm³⁵. Znaczenie teologicznych analiz dochodzi natomiast w sposób szczególny do głosu tam, gdzie w dyskusjach bioetycznych pojawiają się problemy natury egzystencjalnej (np. sensu życia i cierpienia).

²⁹ Young [1994] s. 3–30.

³⁰ Taniguchi [1994] s. 31–65.

³¹ Campany [1994] s. 67–91.

³² Tollefsen [2004] s. 1–20.

³³ W przypadku Kościoła Katolickiego jest to tzw. nauczanie zwyczajne zawarte w adhortacjach, encyklikach i listach apostolskich. Najważniejsze: *Humanae vitae*, *Donum vitae*, *Evangelium vitae*, *De abortu procurato*, *Iura et bona*. Oczekiwanie, że stanowisko Kościoła będzie uznane za słuszne jedynie na tej podstawie, że jest to stanowisko Kościoła, jest prostym odwołaniem do autorytetu względnie do argumentu *ad verecundiam*.

³⁴ Oczywiście nie filozofii jako takiej, tylko konkretnych teorii filozoficznych. Zasadniczo preferowana jest filozofia tomistyczna głosząca ideę prawa naturalnego. Por. dokument Międzynarodowej Komisji Teologicznej, *W poszukiwaniu etyki uniwersalnej: Nowe spojrzenie na prawo naturalne*, www.forumprawnicze.eu/dir_upload/photo/2e80cbc1ea085df1a5f579d51a63.pdf

³⁵ Mendiola [1994] s. 147–164; Verhey [1996]. Metodologicznie dopracowanymi podręcznikami katolickiej bioetyki są: May [2008] i Sgreccia [2012].

1.2.3. Filozoficzny charakter bioetyki

Poszukiwanie przez teologów racjonalnych i uniwersalnych racji głoszonych tez prowadzi ostatecznie do wniosku, że to filozofię (etykę) należy uznać za najbardziej adekwatną podstawę do prowadzenia bioetycznych analiz, w niczym nie umniejszając przy tym wkładu innych dyscyplin do bioetycznej debaty. Uznanie bioetyki za dyscyplinę filozoficzną (subdyscyplinę etyki) decyduje o jej naukowym charakterze, ale nie przesądza jeszcze o tym, w jaki sposób ocenione zostaną konkretne, biomedyczne ingerencje, np. eutanazja lub klonowanie terapeutyczne. Wiąże się to z tym, że w filozofii istnieje wiele teorii etycznych (także nurt antyteoretyczny) i antropologicznych, a w ich ramach różne metody uzasadniania słuszności działań i dalece różniące się koncepcje wartościowania człowieczeństwa. To zróżnicowanie jest też powodem wspomnianych już sporów we współczesnej bioetyce i problemów z jednoznaczną oceną biomedycznych ingerencji. Próbą wypracowania w tych sporach konsensu jest rezygnacja z opierania się na spornych przesłankach antropologicznych bądź założeniach jednej tylko teorii etycznej (pryncypializm T.L. Beauchampa i J. Childressa), a także projekt bioetyki globalnej, której fundamentem miałyby być uniwersalne ze swej natury normy. Co do tego, jak miałyby wyglądać taka globalna bioetyka, nie ma wśród autorów zgody. Obok wizji racjonalnej, ahistorycznej moralności egzekwowanej w społeczności przez uprawnione do tego autorytety pojawia się perspektywa, która nie dąży do zunifikowania moralności w ramach jednego pryncypium (podchodzi sceptycznie do istnienia uniwersalnych prawd moralnych), zakłada natomiast zgodną współpracę uczestników bioetycznego dyskursu niezależnie od geograficznych, kulturowych i ideowych różnic³⁶. Ta ostatnia wraca do idei bioetyki jako dyskursu.

Złożoność filozoficznych analiz jest też powodem powstawania opracowań, których autorzy znacznie osłabiają rolę filozofii dla bioetycznych analiz, jakkolwiek nie porzucają zupełnie filozoficznych przesłanek. I tak, H. Brody pisząc o przyszłości bioetyki, nie widzi powodów, by starać się o zdefiniowanie bioetyki³⁷, za wielce obiecujące uznaje natomiast podejście do problematyki bioetycznej zaproponowane przez J. Andre, zgodnie z którym bioetyka rozumiana jest jako praktyka pozostawiająca przestrzeń moralną otwartą i stawiającą sobie za cel wypracowanie formalnych narzędzi (języka i sprawności), które okażą się pomocne przy identyfikowaniu i rozwiązywaniu moralnych problemów³⁸. Andre relację

³⁶ Boyle [2006] s. 303; Engelhardt [2006] s. 20; Fan [2006] s. 278–279; Potter [1998].

³⁷ Brody [2009] s. 5.

³⁸ Andre [2002] s. 69.

między filozofią a bioetyką porównuje do relacji między naukami teoretycznymi i technologicznymi, np. pomiędzy fizyką a inżynierią³⁹. Czy to dystansowanie się od pogłębionej filozoficznej refleksji wyszło bioetyce na dobre?

E.D. Pellegrino, autor niezwykle zasłużony dla bioetyki, zauważa nie bez żalu, że błyskotliwa kariera bioetyki (popularność, setki opracowań, liczne centra i komisje) nie idzie w parze z jakością powadzonych analiz. Ocenia, że bioetyka stała się niejasna, amorficzna zarówno co do przedmiotu badań jak i co do ich zakresu, i - co gorsza - wyzwalając się spod kurateli etyki, stała się raczej procedurą rozwiązywania konfliktów wartości (tak moralnych jak i pozamoralnych) niż systematycznym studium⁴⁰. Zasadne byłoby zatem postawienie dzisiaj pytania: „jak wiele etyki jest jeszcze w bioetyce”⁴¹? Czy można jeszcze dzisiaj uratować jej filozoficzny charakter? Zdaniem G. Meilaendera bioetyka „straciła duszę”, ponieważ zamiast podejmować w punkcie wyjścia fundamentalnie ważne kwestie dotyczące tego, kim jesteśmy i kim powinniśmy być, skupiła się raczej na procedurach rozstrzygania spornych spraw i polityce społecznej⁴². Pellegrino za najbardziej destrukcyjne dla refleksji bioetycznej uważa odrzucenie moralnej oceny podejmowanych decyzji w kategoriach dobra i zła, słuszności względnie niesłuszności i zastąpienie ich kategorią użyteczności. Postmodernizm – twierdzi Pellegrino – pogłębił jeszcze ów destrukcyjny trend, podważając wiarygodność rozumu w rozważaniu moralnej prawdy. Oświeceniowy projekt odrzucający religijne i metafizyczne przesłanki zyskał w postmodernizmie swoje ostateczne zwieńczenie, doprowadzając do destrukcji normatywnej etyki. Sposobem rozwiązywania moralnych konfliktów stały się negocjacje. Wobec braku obiektywnej aksjologii jedyną akceptowalną normą stał się respekt dla wartości podzielanych przez innych ludzi z tego tylko powodu, że są ich wartościami. Zdaniem Pellegrino wyzwaniem, przed jakim staje współczesna bioetyka, jest odzyskanie wiarygodności etyki oraz normatywnej treści etycznych sądów. Etyka normatywna, podkreśla autor, nie może być w bioetycznym dyskursie zastąpiona przez żadną inną dyscyplinę. Redukowanie etyki normatywnej do procedury rozstrzygania konfliktów lub społecznych konwencji postrzega zatem Pellegrino jako podstawowy błąd współczesnej refleksji bioetycznej⁴³.

³⁹ Tamże, s. 16.

⁴⁰ Pellegrino [2008] s. 376.

⁴¹ Eckenwiler, Cohn [2007].

⁴² Meilaender [1995] s. 1-19.

⁴³ Pellegrino [2008] s. 378-379.

1.3. BIOETYKA JAKO KONTYNUACJA ETYKI MEDYCZNEJ

Etyka medyczna powstała wówczas, gdy na skutek postępującego procesu sekularyzacji chrześcijańskie ideały nie były już w nowożytnej Europie jedyną wykładnią moralnie słusznego postępowania, a stały postęp medycyny generował wciąż nowe problemy natury moralnej. Proponowane przez jej pioniera, T. Percivala zasady dotyczyły głównie obowiązków zawodowych lekarza względem pacjentów, kolegów po fachu i społeczeństwa. W momencie, kiedy powstała bioetyka (1970), etyka medyczna liczyła już sobie ponad sto pięćdziesiąt lat. W jakiej mierze bioetyka może stanowić jej kontynuację?

Jeśli przyjąlibyśmy, że bioetyka obejmuje również problemy moralnych zobowiązań człowieka wobec środowiska naturalnego, to obie dyscypliny różniłyby się znacząco zakresem poruszanych problemów. Uznaliśmy jednak wcześniej, że bioetyka odnoszona jest współcześnie głównie do „ludzkiego świata”. Powstała w momencie, gdy dyskusja nad pojawiającymi się od drugiej połowy dwudziestego wieku kasusami natury biomedycznej zaczęła wykraczać poza zdecydowanie praktyczne problemy związane z relacją: lekarz - pacjent, obejmując również kwestie natury teoretycznej, takie jak normatywny status ludzkich zarodków, dopuszczalność ingerowania w ludzki genom, problem kryteriów śmierci. Problemy te pośrednio odnoszą się do relacji lekarza względem pacjenta, co tłumaczy traktowanie bioetyki jako kontynuacji etyki medycznej. W ramach bioetyki dyskutowanych jest zresztą szereg kwestii, które już wcześniej były przedmiotem zainteresowania etyki medycznej (np. problem mówienia pacjentom prawdy o zbliżającej się śmierci). Pozycja Beauchampa i Childressa (wrócimy do niej w kontekście omawiania metod bioetyki) nosi tytuł *Zasady etyki biomedycznej*⁴⁴, co nie przeszkadza, że uznawana jest w krajach anglosaskich za jeden z podstawowych podręczników bioetyki. Termin „bioetyka” bywa bowiem uznawany za ogólniejszy niż używane często zamiennie: „etyka medyczna”, „etyka lekarska” oraz „deontologia lekarska”. Jeśli przez bioetykę rozumieć refleksję moralną nad osiągnięciami współczesnej medycyny i biologii oraz problemami tradycyjnie określanymi mianem etyki lekarskiej, to - jak utrzymuje Z. Szawarski - pomiędzy tak rozumianą bioetyką, a etyką medyczną nie ma istotnej różnicy⁴⁵. Jonsen zdaje się podzielać opinię Szawarskiego co do tego, że bioetyka jest „kontynuatorką” etyki medycznej, inaczej natomiast sytuuje etykę lekarską. Wpisuje się ona - w przekonaniu Jonsena - w ogólnie rozumianą etykę zawodowej odpowiedzialności, jej specyfikę natomiast wyznacza ogół zawodów należących do szeroko rozumianych służb

⁴⁴ Beauchamp, Childress [2001].

⁴⁵ Szawarski [2005] s. 20.

medycznych, w sposób szczególny zawód lekarza⁴⁶. Etyka zawodu lekarza ma więc zdecydowanie bardziej praktyczny niż etyka medyczna charakter, zdaniem Jonsena również bardziej realistyczny, bo odpowiadający na konkretne problemy lekarskiej praktyki⁴⁷. Etyka lekarska bliska byłaby w tym ujęciu etyce klinicznej (tę ostatnią można też potraktować jako specyficzną dziedzinę bioetyki), której celem jest rozwiązywanie dylematów moralnych związanych z praktyką kliniczną. Dotyczy ona indywidualnych przypadków, np. tego, czy w danym przypadku należy odłączyć pacjenta od respiratora i czy można uznać pacjenta za kompetentnego. Aby można było wypracowane przez etykę medyczną zasady odnieść do problemów klinicznych niezbędne jest - podkreślał nieżyjący już pionier refleksji bioetycznej D. Thomasma - odwołanie do filozofii medycyny⁴⁸. Wsparcie etyki klinicznej ze strony filozofii medycyny miałyby polegać na analizowaniu i definiowaniu takich pojęć, jak zdrowie i choroba, opracowaniu epistemologii i aksjologii medycyny, a także na rozpoznawaniu kulturowych i antropologicznych aspektów klinicznych problemów⁴⁹. Mówiąc krótko: filozofia medycyny miałaby obejmować wszystkie tematy filozoficzne, jakie pojawiają się w medycynie⁵⁰. Dodajmy jeszcze, że bioetyka dzielona jest czasami na ogólną i szczegółową; w ramach ogólnej ujmowana jest geneza, historia i metodologia bioetyki, szczegółowa natomiast odnoszona jest do kwestii praktycznych.

W minionych latach obok bioetyki pojawiło się też szereg kolejnych, jeszcze bardziej uszczegóławiających bioetyczną problematykę dyscyplin, takich jak genetyka⁵¹ lub neuroetyka⁵². Ta ostatnia stanowi moralną refleksję nad postępem neuronauk, analizowane w jej ramach moralne problemy ingerowania w psychikę i system nerwowy (mózg) były już wyodrębniane wcześniej jako tzw. etyka psychiatryczna⁵³, którą również można by usytuować w obrębie szeroko rozumianej bioetyki. Współczesna neuroetyka wykracza poza etykę psychiatryczną: to również problem tego, czy w świetle danych neuronauk nie należałoby modyfikować ocen naszego działania.

⁴⁶ Podobny status etyki zawodowej miałaby tym samym etyka pielęgnarska, etyka stomatologiczna lub etyka farmaceutyczna.

⁴⁷ Jonsen, Siegler, Winslade [2006].

⁴⁸ Thomasma [1980] s. 190–196.

⁴⁹ Grodin [1995] s. 8–10.

⁵⁰ Szumowski [2005] s. 19–72; Wulff, Pedersen, Rosenberg [1993].

⁵¹ Heyd [1992]; Burley, Harris [2002].

⁵² Levy [2009].

⁵³ Bloch, Chodoff, Green [1999].

2. Metody bioetyki

Całościowe opracowania bioetyki zaczynają się często od prezentacji podstawowych teorii etycznych. Taki sposób wprowadzenia w problematykę bioetyczną znajdujemy w przywoływanej już książce *Zasady etyki medycznej* Beauchampa i Childressa, *Przewodniku po bioetyce* wydanym pod redakcją H. Kuhse i P. Singera⁵⁴, czy stosunkowo niedawno wydanym podręczniku L. Vaughna *Bioetyka. Zasady, problemy i kazusy*⁵⁵. Przywoływanie w punkcie wyjścia dyskusji nad normatywnym wymiarem etyki różnych teorii etycznych jest zrozumiałe przy założeniu, że bioetyka jest etyką stosowaną, która przyjmuje metodę uzasadniania ocen i norm właściwą konkretnej teorii etycznej. Uznanie, że bioetyka jest dyscypliną filozoficzną nie przesądza bowiem wcale o tym, jakie pryncypia zostaną przyjęte za ostateczną podstawę moralnego wartościowania. Powodem zróżnicowania sądów moralnych są - jak to już zauważyliśmy - przyjmowane metody uzasadniania słuszności działania oraz przesłanki natury antropologicznej. Dla bioetyki niezmiernie ważne są jeszcze dane natury empirycznej (biomedycznej), dochodzą wyraźnie do głosu np. w dyskusji na temat kryteriów śmierci lub możliwości uznania zarodka za indywidualny organizm ludzki. Tym co bodaj najbardziej różnicuje oceny i normy w bioetyce są bez wątpienia przesłanki natury antropologicznej (problem kryterium człowieczeństwa), stąd też metodologiczna propozycja Beauchampa i Childressa, by dla osiągnięcia konsensu zrezygnować z ich przywoływania.

Próba uporządkowania metod obecnych we współczesnej bioetyce powinna uwzględniać zarówno metody właściwe różnym teoriom etycznym jak i metody uznawane za specyficzne dla bioetyki. Metoda badawcza oznacza w przypadku etyki racjonalną procedurę określającą, jakie działanie może być uznane za słuszne, czyli moralnie usprawiedliwione. Zgodnie z ogólną klasyfikacją teorii etycznych, refleksja bioetyczna uprawiana jest w ramach konsekwencjalnego⁵⁶ (teleologicznego) lub niekonsekwencjalnego⁵⁷ (deontologicznego paradygmatu). Podobnie jak w przypadku ogólnej typologii teorii etycznych tak i tutaj można też wskazać ujęcia, które z uwagi na to, że nie mieszczą się w żadnym z powyższych paradygmatów, określane są mianem alternatywnych. A ponieważ na terenie bioetyki formułowane są szczegółowe sądy moralne, to w dyskusji nad metodami bioetyki uwzględnić nadto należy sposób, w jaki tworzy się normy szczegółowe

⁵⁴ Kuhse, Singer [1998].

⁵⁵ Vaughn [2010].

⁵⁶ Harris [1985].

⁵⁷ MacLean [1993].

w etykach stosowanych. Metody bioetyki są zatem wypadkową z jednej strony metod uzasadniania słuszności działań przyjmowanych w teoriach etycznych, z drugiej zaś metod formułowania szczegółowych norm moralnych. J. Childress dzieli metody w bioetyce na trzy grupy: metody oparte na zasadach, metody kazuistyczne i metody alternatywne⁵⁸. W niniejszym opracowaniu zostanie wykorzystany podział zaproponowany przez Childressa, przy czym metody empiryczne umieszczone przez Childressa w metodach alternatywnych zostaną potraktowane jako zupełnie odrębny typ metod. Proponowany podział zawierać będzie zatem dwa zasadnicze typy metod: normatywne i empiryczne.

I. METODY NORMATYWNE

1. Metody oparte na zasadach

1.1. Metoda deduktywistyczna⁵⁹ (top – down)

W metodzie tej zakłada się istnienie uprzedniej w stosunku do zaistniałego przypadku zasady (reguły, prawa), która zostaje bezpośrednio doń odniesiona. Tym samym uznaje się wyższość zasad nad konkretnymi rozwiązaniami, a całe rozumowanie przebiega wedle sylogizmu:

1. Każdy akt o deskrypcji A jest obligatoryjny,
2. Akt b jest aktem o deskrypcji A,
3. Akt b jest obligatoryjny⁶⁰.

W praktyce efekt takiego rozumowania pozostanie uzależniony od rodzaju przyjmowanych zasad. Wspomniany wyżej Childress wyróżnia stąd jego konsekwencjalny i deontologiczny wariant, a konsekwencjalny dzieli jeszcze – stosownie do podstawowych rodzajów samego konsekwencjalizmu – na odnoszący się do czynów i do reguł. Metoda deduktywistyczna w bioetyce nie jest oryginalna – to metoda wymieniana standardowo jako jedna z metod etyki stosowanej⁶¹. Uszczegóławianie norm dokonywane w ramach modelu deduktywistycznego nie polega na ich tworzeniu – zakłada, że już istnieją (na co zwrócił także uwagę Childress). Uszczegóławiając normę ograniczamy natomiast jej zakres.

K.W. Wildes metody deduktywistyczne nazywa fundacjonalnymi⁶², a w ich ramach wymienia utilitaryzm P. Singera⁶³, deontologizm A. Donagana⁶⁴, kontrak-

⁵⁸ Childress [2009] s. 17–45.

⁵⁹ Określana także jako regulatywna.

⁶⁰ Beauchamp [2005] s. 7.

⁶¹ Tamże, s. 13.

⁶² Wildes [2000] s. 23–54.

tarianizm P. Veatcha i N. Danielsa⁶⁵, teorię prawa naturalnego J. Finnisa, J. Boyle'a i G. Griseza⁶⁶ oraz teorię cnót E.D. Pellegrino i D.C. Thomasma⁶⁷. Co do tej ostatniej, to Wildes zaznacza, że teorie cnót mogą być zarówno fundacionalne jak i nie-fundacionalne, uznaje jednak, że Pellegrino i Thomasma przyjmują fundacionalną metodologię⁶⁸.

1.2. Metoda koherencyjna

Metodą opartą na zasadach jest również tzw. „metoda czterech zasad” Beauchampa i Childressa nazywana częściej pryncypializmem⁶⁹. Wildes nazywa tę metodę „ekumeniczną”, ponieważ jej autorzy, zdając sobie doskonale sprawę z różnorodności funkcjonujących ujęć, próbują wypracować sposób uzyskania przez zwolenników spornych stanowisk konsensu. Przez moralność Beauchamp i Childress rozumieją społeczne konwencje na temat słuszności i niesłuszności ludzkiego działania, które są na tyle szeroko podzielane, że tworzą stały, aczkolwiek niekompletny społeczny konsens. Pryncypializm uznaje istnienie czterech zasad obowiązujących *prima facie*: autonomii, nieszkodzenia, beneficjencji i sprawiedliwości⁷⁰. Zasady te mają w punkcie wyjścia równorzędną rangę, w sytuacji konfliktu natomiast 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 teleologicznie. Uzasadniony wybór zakłada dobre racje wybierającego, co *implicite* apeluje do jego moralnego charakteru wskazując na pokrewieństwo z etyką cnót. Beauchamp i Childress podkreślają za J. Rawlsem, że uzasadnienie wymaga różnorodnych analiz, które ostatecznie składają się na spójny pogląd⁷¹. O ile dla modelu deduktywistycznego charakterystyczne jest uszczegóławianie reguł, dla modelu koherencyjnego charakterystyczne jest „wyważanie reguł”. Szczegółowy sąd moralny w konkretnych okolicznościach może wykazywać cechy, które zarazem respektują jedne zasady i przeczą drugim (np. odwieczna dyskusja, czy zawsze należy pacjentowi mówić prawdę). Ta zdecydowanie

⁶³ Singer [1994].

⁶⁴ Donagan [1977].

⁶⁵ Veatch [1981]; Daniels [1985].

⁶⁶ Grisez, Boyle [1979].

⁶⁷ Pellegrino, Thomasma [1981].

⁶⁸ Wildes [2000] s. 47.

⁶⁹ W taki sposób nazwali ją Clouser i Gert [1990] s. 219-236.

⁷⁰ Beauchamp, Childress [2001].

⁷¹ Tamże, s. 23.

najpopularniejsza dzisiaj metoda bioetyki jest szeroko krytykowana. Autorzy innego, ważnego podręcznika bioetyki: K.D. Clouser i B. Gert⁷² zarzucają pryncypializmowi Beauchampa i Childressa nieuchronny relatywizm⁷³.

2. Metoda kazuistyczna

Metoda ta ze względu na kierunek rozumowania nazywana jest też metodą „od dołu do góry” lub metodą indukcyjną. Jej zwolennicy są zdania, że w ocenie poszczególnych przypadków nie powinniśmy wychodzić od ogólnych reguł, lecz koncentrować naszą 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 one moralnie relewantne podobieństwo do przypadków modelowych⁷⁴. Metoda kazuistyczna znajduje zastosowanie w różnych formach pragmatyzmu i partykularyzmu. Opowiadający się za nią bioetycy zwracają uwagę na to, że moralne przekonania ewoluują wraz ze zmieniającymi się warunkami życia, tym bardziej zatem należy w próbach oceny działania wychodzić od sytuacji „tu i teraz”. obrońcy kazuistyki podkreślają, że zasady są pochodne względem chronologicznie wcześniejszej analizy przypadków, czyli nie mają charakteru priorytetowego. Zasady to efekt, a nie punkt wyjścia analiz⁷⁵. A.R. Jonsen i S. Toulmin nazywają występujące w tym modelu rozumowanie praktycznym, natomiast rozumowanie charakterystyczne dla modelu deduktywistycznego teoretycznym⁷⁶. Zauważmy jeszcze, że kazuistykę można uprawiać, nie rezygnując z przyjmowania jakichkolwiek zasad – Jonsen i Toulmin odrzucają wprawdzie apodyktyczne traktowanie zasad, ale uznają ograniczoną i komplementarną rolę moralnych zasad i teorii⁷⁷.

3. Podejścia alternatywne

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 kon-

⁷² Gert, Culver, Clouser [1997].

⁷³ Clouser, Gert [1990] s. 230–232.

⁷⁴ Jonsen, Toulmin [1989] s. 34–35.

⁷⁵ Beauchamp [2005] s. 8.

⁷⁶ Toulmin [1981] s. 31–38.

⁷⁷ Jonsen, Toulmin [1989]; Arras [1991] s. 29–51.

sekwencyjnym ani też niekonsekwencyjnym paradygmacie w etyce⁷⁸. Childress alternatywne podejście wiąże 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.

3.1. Podejście etyki cnót

Etycy cnót stawiają sobie za cel wypełnienie luki w moralnym rozumowaniu. Miało ją spowodować zbyt 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 zatem, że w ocenie działania charakter działających osób jest ważniejszy niż przedmiot spełnianych przez nie działań. Odwołanie do etyki cnót zostało już wspomniane w kontekście metody deduktywistycznej, podkreślanie w moralnej ocenie działania rangi cnót nie jest bowiem jedynie domeną współczesnego, niezwykle zróżnicowanego, a tym samym trudnego do jednoznacznego sklasyfikowania nurtu etyki cnót. Zwykło się mówić o nurcie, a nie o teorii, ponieważ część autorów reprezentująca to podejście to zadeklarowani antyteoretycy. Pomimo znacznego zróżnicowania autorzy zasadniczo zgodnie wymieniają cnoty, na które należy zwrócić szczególną uwagę w bioetycznej refleksji. Listę tych cnót analizuje Pellegrino. Cnotę definiuje jako cechę charakteru, która oznacza trwałą dyspozycję podmiotu do wyrażania doskonałej intencji i równie doskonałego działania w realizowaniu specyficznych dla człowieka celów. W przypadku zawodu lekarza będą to wierność pacjentowi i zaufaniu, jakim został przezeń obdarzony, życzliwość, zaniechanie własnych korzyści, współczucie i troska, intelektualna uczciwość, sprawiedliwość i roztropność. Pellegrino podkreśla przy tym, że jest świadom, iż 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)⁷⁹. To cnota jednak stanowi tutaj podstawową kategorię wartościującą.

3.2. Podejście w etyce troski

Etyka troski podobnie jak etyka cnót koncentruje się w sposób szczególny na relacji między lekarzem a pacjentem. Wymieniana wśród wielu innych cnót kategoria troski tutaj staje się jednak naczelną kategorią wartościującą. Propago-

⁷⁸ LaFollette [2000].

⁷⁹ Pellegrino [2008] s. 271–273.

wanie kategorii troski związane jest nadto z feministycznym nurtem w etyce, który dostrzega w trosce kategorię etyczną charakterystyczną dla kobiecego podejścia do moralnego wartościowania. Niektórzy autorzy wymieniają zatem podejście feministyczne jako osobną metodę bioetyki⁸⁰. Podmiot działania jest w etyce troski podobnie jak w etyce cnoty rozumiany relacyjnie, czyli uznaje się jego współzależność od drugich. Jako taki nie działa nigdy w „abstrakcyjnej próżni”. Decyzje podejmowane są zawsze w kontekście, co z kolei upodabnia etykę troski do kazuistyki⁸¹.

3.3. Perspektywa komunitariańska

Komunitarianie – najbardziej znani to A. MacIntyre i M. Sandel – nie odrzucają zasad, chodzi im raczej o to, by uznać status moralny społeczności i w tej perspektywie interpretować zasady. MacIntyre dostrzega trudność w możliwości osiągnięcia powszechnego konsensu co do szczegółowych kwestii moralnych (np. aborcji) z uwagi na fragmentaryczność naszego moralnego myślenia w postoświeceniowej tradycji etycznej spowodowaną utratą pojęcia najwyższego dobra i liberalnym indywidualizmem. W perspektywie komunitariańskiej 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 jedynie do jednej tylko społeczności przyjmującej określone rozwiązania normatywne. Należy mieć na uwadze, że to co zostanie uznane za słuszne w jednej, niekoniecznie będzie podzielane w drugiej. Trzy zmienne tworzą ostatecznie społeczności: treść, autorytet i zaangażowanie we współpracę z innymi społecznościami. Pomimo występujących między nimi różnic nie ma powodów, by *apriori* przyjmować, że cele odrębnych społeczności nigdy i w żadnej mierze się nie pokrywają. Komunitariańska metoda bioetycznych analiz, a zatem i rozstrzygania bioetycznych problemów, będzie zatem polegała na odnalezieniu „części wspólnej”⁸².

3.4. Podejście narracyjne

W metodzie tej chodzi najogólniej o wykorzystanie tekstów literackich do przedstawienia problemów w bioetyce/etyce medycznej. Mają one nie tylko ilustrować problemy, lecz także uczyć empatii⁸³ - cnoty szczególnie ważnej w prak-

⁸⁰ Sherwin [2007] s. 183–188.

⁸¹ Childress [2009] s. 38–39.

⁸² Kuczewski [2007]; Wildes [2000] s. 125–141.

⁸³ Charon [1993].

tyce medycznej. Autorzy nie pozostają zgodni co do tego, czy określenie „etyka narracyjna” jest trafne. T. Chambers twierdzi np., że metody literackie zastosowane w etyce medycznej niekoniecznie polegają na narracji, a więc nazwanie metody narracyjną jest niewłaściwe⁸⁴.

Tekstami literackimi wykorzystywanymi w bioetyce są najczęściej opisy dylematów moralnych. Styl tych historii – ich autorem jest zasadniczo lekarz – bliski jest kazuistyce, ale znacznie bogatszy: apeluje do uczuć odbiorcy, zawiera elementy argumentacji, sugeruje rozwiązania. Jakkolwiek nie ulega wątpliwości – zauważa J. Arras – że metoda narracyjna wspiera etyczne analizy, to już mniej oczywiste jest, czy jest w stanie skutecznie wesprzeć etyczne zasady stanowiąc rodzaj swoistego, etycznego „suplementu”⁸⁵. Wykorzystanie literatury ma mieć jednak ważne znaczenie praktyczne: lektura tekstów pozwala studentom medycyny spojrzeć na poruszaną problematykę z innej niż własna perspektywy, wnikać w to, co może odczuwać pacjent, a więc nabyć niezwykle ważnego dla adepta sztuki medycznej doświadczenia. Obok fachowej, encyklopedycznej wiedzy na temat klinicznych przypadków, od lekarza oczekuje się przecież również wiedzy na temat ludzkiego charakteru, umiejętności prowadzenia dialogu z pacjentem i indywidualnego podejścia do każdego pacjenta⁸⁶. Literatura dostarcza przykładów tego, jak profesjonalista medyczny powinien postąpić w problematycznych sytuacjach. Lekarz posiadający „narracyjne kompetencje” będzie potrafił „czytać historię pacjenta” – literatura ma mu pomóc w nabyciu tej umiejętności; tego by umiał słuchać pacjenta i trafnie interpretować to, co pacjent chce mu przekazać⁸⁷.

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, ale z tego nie wynika, że takie testy powinny być przeprowadzone. Charakterystyczne dla etyki sądy wartościujące nie mogą z kolei posłużyć do wyjaśnienia jaki jest społeczny oddźwięk preferowanych przez nie wartości. Badania empiryczne w etyce medycznej zaczęto prowadzić od lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku. 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 pu-

⁸⁴ Chambers [2010] s. 161.

⁸⁵ Arras [2007] s. 206–225.

⁸⁶ Hunter [2007] s. 190.

⁸⁷ Charon [2007] s. 203.

blikacji⁸⁸. W drugim wydaniu książki autorzy artykułu w nieco zmienionym składzie (J. Sugerman, R. Faden, A. Boyce) prezentują wyniki badań pokazujące stały wzrost zainteresowania tego rodzaju metodami – w latach 2000–2005 było to już 16%⁸⁹. Metody empiryczne w bioetyce dzielą się na jakościowe i ilościowe.

1. Metody jakościowe

Mianem metod jakościowych określa się ogólnie te, które nie opierają się na statystyce. Polegają na gromadzeniu danych, a następnie ich analizie. Dane pozyskiwane są od indywidualnych pacjentów względnie rodzin lub organizacji; źródłem informacji są też instytucje rządowe i zakłady opieki zdrowotnej; informacje uzyskuje się tak poprzez programy badawcze, jak i prostą obserwację⁹⁰. Sposobem uzyskiwania danych są testy otwartych pytań, kontrolowane eksperymenty, techniki psychometryczne, 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 ciąży⁹¹. Przy pomocy badań jakościowych próbuje się też wyjaśnić, jakie są źródła określonych przekonań i nastawień – badacz będzie np. chciał odpowiedzieć na pytanie, dlaczego lekarze opowiadają się za wspomaganiem samobójstwem względnie zdecydowanie je odrzucają⁹². Empiryczne badania pokazują nadto szereg nierówności w dostępie do praktyk medycznych występujących na tle etnicznym, ekonomicznym czy społecznym (wiek, płeć). Jakkolwiek same dane jako takie nie wskazują dróg do przezwyciężenia nierówności, to już sama ich demaskacja jest ważna i może w dalszej kolejności służyć dostosowaniu medycznych praktyk do etycznych standardów⁹³.

Metodą jakościową w bioetyce jest metoda etnograficzna – wagę tego rodzaju badań zaczęli wskazywać na początku lat dziewięćdziesiątych minionego wieku antropolodzy i socjolodzy. Zwrócili mianowicie uwagę, że opisywane w literaturze bioetycznej doświadczenie cierpienia, choroby i śmierci, a także

⁸⁸ Sugerman, Faden, Weinstein [2001] s. 19–28.

⁸⁹ Sugerman, Faden, Boyce [2010] s. 21–34.

⁹⁰ Forman, Damschroder [2008] s. 39–62.

⁹¹ Siminoff [2004] s. 746–748.

⁹² Taylor, Hull, Kass [2010] s. 193–195.

⁹³ Frader [2008] s. 21–35.

rozumienie funkcjonujących w bioetyce zasad oparte jest na zachodnim modelu myślenia, obcym bądź słabo czytelnym dla 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 badawczych⁹⁴.

2. Metody ilościowe

Metody ilościowe to głównie badania sondażowe. Nie wskazują na słuszne względnie 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 w kształtowaniu polityki zdrowotnej i praktyki klinicznej⁹⁵. Etycy dowiadują się z nich, jak zmienia się w praktyce podejście lekarzy do kontrowersyjnych praktyk, np. jak często lekarze rezygnują z leczenia, kierując się subiektywnym przekonaniem o działaniu dla dobra pacjenta; jaka jest w praktyce skala problemu zmuszania lekarza przez pacjentów względnie ich rodziny 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)⁹⁶. 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. Badacz podaje w kwestionariuszu definicję niepewności, ale nie uwzględnia dodatkowo specyficznej sytuacji, w jakiej przebiega dyskusja pacjentów z lekarzami. Takie badania nie wykażą rzeczywistej skali problemu, ponieważ pomijają złożoność medycznego kontekstu⁹⁷.

⁹⁴ Marshall, Koenig [2010] s. 216.

⁹⁵ Alexander, Wynia [2008] s. 139–160.

⁹⁶ Pearlman, Starks [2010] s. 233.

⁹⁷ Tamże, s. 235.

Bibliografia

- Alexander, Wynia [2008] – G.C. Alexander, M.K. Wynia, *Survey Research in Bioethics*, [w:] *Empirical Methods for Bioethics: A Primer*, L. Jacoby, L.A. Siminoff (red.), Elsevier, Oxford 2008, s. 139–160.
- Andre [2002] – J. Andre, *Bioethics as practice*, University of North Carolina Press, Chapel Hill, NC 2002.
- Arras [1991] – J. Arras, *Getting Down to Cases: The Revival of Casuistry in Bioethics*, „Journal of Medicine and Philosophy” (16) 1991, s. 29–51.
- Arras [2007] – J. Arras, *Nice Story, But So What? Narrative and Justification in Ethics*, [w:] *Bioethics. An Introduction to the History, Methods and Practice*, N.S. Jecker, A.R. Jonsen, R.A. Pearlman (red.), Jones and Bartlett Publishers, Boston – Toronto – London – Singapore 2007, s. 206–225.
- Beauchamp, Childress [2001] – T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York – Oxford 2001.
- Beauchamp [2005] – T.L. Beauchamp, *The Nature of Applied Ethics* [w:] *A Companion to Applied Ethics*, R.G. Frey, Ch. Heath Wellman (red.), Oxford University Press, Oxford 2005, s. 1–16.
- Bert, Culver, Clouser [1997] – B. Gert, C.M. Culver, K.D. Clouser, *A Bioethics: A Return to Fundamentals*, Oxford University Press, New York 1997.
- Bloch, Chodoff, Green [1999] – *Psychiatric ethics*, S. Bloch, P. Chodoff, S.A. Green (red.), Oxford University Press, Oxford 1999.
- Boyle [2006] – J. Boyle, *The Bioethics of Global Biomedicine: A Natural Law Reflection*, [w:] *Global Bioethics. The Collapse of Consensus*, H.T. Engelhardt (red.), M&M Scrivener Press, Salem, MA 2006, s. 300–334.
- Brody [2009] – H. Brody, *The Future of Bioethics*, Oxford University Press, Oxford – New York 2009.
- Burley, Harris [2002] – *A Companion to GenEthics*, J. Burley, J. Harris (red.), Blackwell, Oxford 2002.
- Cahill [2010] – L.S. Cahill, *Religion and Theology*, [w:] *Methods in Medical Ethics*, J. Sugerman, D. Sulmasy (red.), Georgetown University Press, Washington, DC 2010, s. 73–90.
- Callahan [1973] – D. Callahan, *Bioethics as a Discipline*, „Hastings Center Studies” (1) 1973, s. 66–73.
- Callahan [2005] – D. Callahan, *Bioethics*, [w:] *The Encyclopedia of Bioethics*, vol. 1, S.G. Post (red.), MacMillan, New York 2005, s. 278–287.
- Campany [1994] – R.F. Campany, *Taoist Bioethics in the Final Age: Therapy and Salvation in the Book of Divine Incantations for Penetrating the Abyss*, [w:] *Religious Methods and Resources in Bioethics*, P.F. Camenisch (red.), Kluwer Academic Publishers, Dordrecht – Boston – London 1994, s. 67–91.
- Castagnone [2006] – S. Castagnone, *The Problem of Limits of Law in Bioethical Issues*, [w:] *Bioethics in Cultural Context. Reflections on Methods and Finitude*, Ch. Rehmann-Sutter, M. Düwell, D. Mieth (red.), Springer, Dordrecht 2006, s. 81–90.

- Chambers [2010] – T. Chambers, *Literature*, [w:] *Methods in Medical Ethics*, J. Sugerman, D. Sulmasy (red.), Georgetown University Press, Washington DC 2010, s. 159–174.
- Charon [1993] – R. Charon, *The narrative road to empathy*, [w:] *Empathy and the practice of medicine: Beyond pills and the scalpel*, H. Spiro, M.G.M. Curnen, E.St. Peschel, D. James (red.), Yale University Press, New Haven CT 1993, s. 147–159.
- Charon [2007] – R. Charon, *Narrative and Medicine*, [w:] *Bioethics: An Introductory to the History, Methods, and Practice*, N.S. Jecker, A.R. Jonsen, R.A. Pearlman (red.), Jones and Bartlett Publishers, Boston – Toronto – London – Singapore 2007, s. 202–205.
- Childress [2009] – J.F. Childress, *Methods in Bioethics*, [w:] *The Oxford Handbook of Bioethics*, B. Steinbock (red.), New York 2009, s. 15–45.
- Clouser [1978] – K.D. Clouser, *Bioethics*, [w:] *Encyclopedia of Bioethics*, vol. 1, W. Reich (red.), The Free Press, New York 1978, s. 116–125.
- Clouser, Gert [1990] – K.D. Clouser, B. Gert, *A Critique of Principlism*, „Journal of Medicine and Philosophy” (15) 1990, s. 219–236.
- Daniels [1985] – N. Daniels, *Just Health Care*, Cambridge University Press, Cambridge 1985.
- Davis [1994] – D.S. Davis, *Methods in Jewish Bioethics*, [w:] *Religious Methods and Resources in Bioethics*, P.F. Camenisch (red.), Kluwer Academic Publishers, Dordrecht – Boston – London 1994, s. 109–126.
- Donagan [1977] – A. Donagan, *A Theory of Morality*, University of Chicago Press, Chicago 1977.
- Eckenwiler, Cohn [2007] – *The Ethics of Bioethics. Mapping the Moral Landscape*, L.A. Eckenwiler, F.G. Cohn (red.), The John Hopkins University Press, Baltimore MD 2007.
- Engelhardt [2006] – H.T. Engelhardt, *The Search for a Global Morality: Bioethics, The Culture Wars, and Moral Diversity*, [w:] *Global Bioethics. The Collapse of Consensus*, H.T. Engelhardt (red.), M&M Scrivener Press, Salem, MA 2006, s. 18–49.
- Fan [2006] – R. Fan, *Bioethics: Globalization, Communitization, or Localization?*, [w:] *Global Bioethics. The Collapse of Consensus*, H.T. Engelhardt (red.), M&M Scrivener Press, Salem, MA 2006, s. 271–299.
- Fletcher [1954] – J.P. Fletcher, *Morals and Medicine. The Moral Problems of the Patient's Right to Know the Truth, Contraception, Artificial Insemination, Sterilization, and Euthanasia*, Princeton University Press, Princeton 1954.
- Forman, Damschroder [2008] – J. Forman, L. Damschroder, *Qualitative content analysis*, [w:] *Empirical Methods for Bioethics: A Primer*, L. Jacoby, L.A. Siminoff (red.), Elsevier, Oxford 2008, s. 39–62.
- Frader [2008] – J. Frader, *The Significance of Empirical Bioethics for Medical Practice: A Physician's Perspective*, [w:] *Empirical Methods for Bioethics: A Primer*, L. Jacoby, L.A. Siminoff (red.), Elsevier, Oxford 2008, s. 21–35.
- Foucault [2000] – M. Foucault, *Historia seksualności*, tłum. B. Banasiak, Czytelnik, Warszawa 2000.
- Green [1990] – R.M. Green, *Method in Bioethics: A Troubled Assessment*, „The Journal of Medicine and Philosophy” (15) 1990, s. 179–197.

- Grisez, Boyle [1979] – G. Grisez, J. Boyle, *Life and Death with Liberty and Justice*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, IN 1979.
- Grodin [1995] – M.A. Grodin, *Introduction: The Philosophical and Historical Roots of Bioethics*, [w:] *Meta Medical Ethics. The Philosophical Foundations of Bioethics*, M.A. Grodin (red.), Kluwer Academic Publishers, Dordrecht – Boston – London 1995, s. 1–26.
- Hall, King [2010] – M.A. Hall, N.M.P. King, *Legal methods*, [w:] *Methods in Medical Ethics*, J. Sugerman, D. Sulmasy (red.), Georgetown University Press, Washington, DC 2010.
- Harris [1985] – J. Harris, *The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics*, Routledge & Kegan Paul Books, London – New York 1985.
- Heyd [1992] – D. Heyd, *Genethics. Moral Issues in the Creation of People*, Oxford University Press, Berkeley – Los Angeles – Oxford 1992.
- Hunter [2007] – K.M. Hunter, *Doctors' Stories (Selection)*, [w:] *Bioethics: An Introductory to the History, Methods, and Practice*, N.S. Jecker, A.R. Jonsen, R.A. Pearlman (red.), Jones and Bartlett Publishers, Boston – Toronto – London – Singapore 2007, s. 189–201.
- Irving [b.r.] – Dianne N. Irving, *What is „Bioethics“?*, dostępne na: www.lifeissues.net/writers/irv/irv_whatisbioethics07.html.
- Jonsen, Toulmin [1989] – A.R. Jonsen, S. Toulmin, *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*, University of California Press, Berkeley – Los Angeles – London 1989.
- Jonsen, Siegler, Winslade [1992] – A. Jonsen, M. Siegler, W. Winslade, *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, McGraw Hill Inc., New York 1992.
- Jonsen [1998] – A.R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, Oxford University Press, New York – Oxford 1998.
- Kelsay [1994] – J. Kelsay, *Islam and Medical Ethics*, [w:] *Religious Methods and Resources in Bioethics*, P.F. Camenisch (red.), Kluwer Academic Publishers, Dordrecht – Boston – London 1994, s. 93–107.
- Kostro [1978] – L. Kostro, *Bioetyka*, [w:] *Encyklopedia Katolicka*, t. 2, F. Gryglewicz, R. Łukaszuk, Z. Sułowski (red.), Wydawnictwo TN KUL, Lublin 1978, kol. 568–570.
- Kuczewski [2007] – M.G. Kuczewski, *Fragmentation and Consensus: Communitarian and Casuist Bioethics*, Georgetown University Press, Washington, DC 2007.
- Kuhse, Singer [1998] – H. Kuhse, P. Singer, *What is bioethics? A historical introduction*, [w:] *A Companion to Bioethics*, H. Kuhse, P. Singer (red.), Blackwell Publishers, Oxford 1998, s. 3–11.
- LaFollette [2000] – *The Blackwell Guide to Ethical Theory*, H. LaFollette (red.), Blackwell Publishers, Oxford 2000.
- Levy [2009] – N. Levy, *Neuroethics. Challenges for the 21st Century*, Cambridge University Press, Cambridge 2009.
- May [2008] – W.E. May, *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life*, Our Sunday Visitor Publishing Division, Huntington, IN 2008.
- MacLean [1993] – A. MacLean, *The Elimination of Morality. Reflections on Utilitarianism and Bioethics*, Routledge, London – New York 1993.

- Marshall, Koenig [2010] – P.A. Marshall, B.A. Koenig, *Ethnographic Methods*, [w:] *Methods in Medical Ethics*, J. Sugerman, D. Sulmasy (red.), Georgetown University Press, Washington, DC 2010, s. 215–232.
- McCormick [1978] – R. McCormick, *The Quality of Life*, „Hastings Center Report” (8/1) 1978, s. 30–36.
- Meilaender [1995] – G.C. Meilaender, *Body, Soul, and Bioethics*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, IN – London 1995.
- Mendiola [1994] – M.M. Mendiola, *Bioethics and Impartial Rationality: The Search for Neutrality*, [w:] *Religious Methods and Resources in Bioethics*, P.F. Camenisch (red.), Kluwer Academic Publishers, Dordrecht – Boston – London 1994, s. 147–164.
- Mieth [2002] – D. Mieth, *Was wollen wir können? Ethik im Zeitalter der Biotechnik*, Herder, Freiburg – Basel – Wien 2002.
- Pearlman, Starks [2010] – R.A. Pearlman, H.E. Starks, *Quantitative Surveys*, [w:] *Methods in Medical Ethics*, J. Sugerman, D. Sulmasy (red.), Georgetown University Press, Washington, DC 2010, s. 233–250.
- Pellegrino [2008] – E.D. Pellegrino, *Bioethics at Century's Turn. Can Normative Ethics Be Retrieved?*, [w:] *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, H.T. Engelhardt, F. Jotterand (red.), University of Notre Dame Press, Notre Dame, IN 2008, s. 375–400.
- Pellegrino [2008] – E.D. Pellegrino, *Toward a Virtue-Based Normative Ethics for Health Professions*, [w:] *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, H.T. Engelhardt, F. Jotterand (red.), University Of Notre Dame Press, Notre Dame. IN 2008, s. 255–280.
- Pellegrino, Thomasma [1981] – E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, Oxford University Press, New York 1981.
- Potter [1971] – Van R. Potter, *Bioethics: Bridge to the Future*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs NJ, 1971.
- Potter [1998] – V.R. Potter, *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*, Michigan State University Press, East Lansing, MI 1998.
- Ramsey [1977] – P. Ramsey, *Pacjent jest osobą*, tłum. S. Łypacewicz, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1977.
- Reich [1978] – W. Reich, *Introduction*, [w:] *Encyclopedia of Bioethics*, vol. 1, W. Reich (red.), The Free Press, New York 1978. s. XII–XXX.
- Reich [1993] – W. Reich, *How Bioethics Got Its Name*, „Hastings Center Report” (23/6) 1993, s. S6–S7 (Special Supplement).
- Sgreccia [2012] – E. Sgreccia, *Personalist Bioethics. Foundations and Applications*, tłum. J.A. Di Camillo, M.J. Miller, The National Catholic Bioethics Center, Philadelphia 2012.
- Sherwin [2007] – S. Sherwin, *Feminist and Medical Ethics: Two Different Approaches to Contextual Ethics*, [w:] *Bioethics: An Introduction to the History, Methods, and Practice*, N.S. Jecker, A.R. Jonsen, R.A. Pearlman (red.), Jones and Bartlett Publishers, Boston – Toronto – London – Singapore 2007, s. 183–188.
- Siminoff [2004] – L.A. Siminoff, *Empirical Methods in Bioethics*, [w:] *Encyclopedia of Bioethics*, vol. 2, S.G. Post (red.), Macmillan, New York 2004, s. 746–748.

- Singer [1994] – P. Singer, *Practical Ethics*, Cambridge University Press, New York 1994.
- Stelmach [2010] – J. Stelmach, *Przyczyny sporów bioetycznych*, [w:] B. Brożek, M. Soniewicka, W. Załuski, *Paradoksy bioetyki prawniczej*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010, s. 13–24.
- Sugerman, Faden, Weinstein [2001] – J. Sugerman, R. Faden, J. Weinstein, *A Decade of Empirical Research in Medical Ethics*, [w:] *Methods in Medical Ethics*, J. Sugerman, D.P. Sulmasy (red.), Georgetown University Press, Washington, DC 2001, s. 19–28.
- Sugerman, Faden, Weinstein [2010] – J. Sugerman, R. Faden, A. Boyce, *A Quarter Century of Empirical Research in Biomedical Ethics*, [w:] *Methods in Medical Ethics*, J. Sugerman, D. Sulmasy (red.), Georgetown University Press, Washington, DC 2010, s. 21–34.
- Szawarski [2005] – Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, Słowo – Obraz – Terytoria, Gdańsk 2005.
- Szumowski [2005] – W. Szumowski, *Filozofia medycyny*, Wydawnictwo Marek Derewiecki, Kęty 2005.
- Ślipko [1994] – T. Ślipko, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Wydawnictwo WAM, Kraków 1994.
- Taniguchi [1994] – S. Taniguchi, *Methodology of Buddhist Biomedical Ethics*, [w:] *Religious Methods and Resources in Bioethics*, P.F. Camenisch (red.), Kluwer Academic Publishers, Dordrecht – Boston – London 1994, s. 31–65.
- Taylor, Chandros, Chandros Hull, Kass [2010] – H.A. Taylor, S. Chandros Hull, N.E. Kass, *Qualitative Methods*, [w:] *Methods in Medical Ethics*, J. Sugerman, D. Sulmasy (red.), Georgetown University Press, Washington, DC 2010, s. 193–214.
- Tollefsen, Boyle [2004] – Ch. Tollefsen, J. Boyle, *Roman Catholic Bioethics*, [w:] *The Annals of Bioethics. Religious Perspectives in Bioethics*, J.F. Peppin (red.), Taylor & Francis, London – New York 2004, s. 1–20.
- Thomasma [1980] – D. Thomasma, *A philosophy of a clinically based medical ethics*, „Journal of Medical Ethics” (6/3) 1980, s. 190–196.
- Toulmin [1981] – S. Toulmin, *The Tyranny of Principles*, „Hastings Center Report” (11/6) 1981, s. 31–38.
- Vaughn [2010] – L. Vaughn, *Bioethics. Principles, Issues, and Cases*, Oxford University Press, Oxford – New York 2010.
- Veatch [1981] – P. Veatch, *A Theory of Medical Ethics*, Basic Books, New York 1981.
- Verhey [1996] – *Religion and Medical Ethics: Looking Back, Looking Forward*, A. Verhey (red.), William Eerdmans Publishing Co., Grand Rapids, MI 1996.
- Warnock [1998] – M. Warnock, *Bioetyka*, tłum. J. Łoziński, [w:] *Encyklopedia Filozofii*, t. 1, T. Honderich (red.), Zysk i S-ka, Poznań 1998, s. 74.
- Wildes [2000] – K.W. Wildes, *Moral Acquaintances. Methodology in Bioethics*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, IN 2000.
- Winkler [1996] – E. Winkler, *Moral Philosophy and Bioethics: Contextualism versus the Paradigm Theory*, [w:] *Philosophical Perspectives on Bioethics*, L.W. Sumner, J. Boyle (red.), University of Toronto Press, Toronto – Buffalo – London 1996, s. 50–78.

- Wulff, Pedersen, Rosenberg [1993] – H.R. Wulff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny*, tłum. Z. Szawarski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993.
- Young [1994] – K.K. Young, *Hindu Bioethics*, [w:] *Religious Methods and Resources in Bioethics*, P.F. Camenisch (red.), Kluwer Academic Publishers, Dordrecht – Boston – London 1994, s. 3–30.