

## *Amnon Goldworth*

### Dolegliwość, choroba i etyka

Zarówno lekarze jak i pacjenci często używają zamiennie terminów dolegliwość i choroba. Jednak nie zawsze jest to słuszne. Oto na przykład pojęcie etiologii odnosi się do choroby, a do dolegliwości nie. Mówimy także o dolegliwości jako skutku lub objawie choroby, ale nie odwrotnie. W tym artykule pojęcia dolegliwości i choroby będą od siebie wyraźnie odróżniane.

Pojęcie jest zmienną, której znaczenie wyłania się w kontekście pewnej teorii. Pojęcie choroby zatem jest określane przez rolę, jaką odgrywa ono w teorii medycznej. Teoria opisująca 200 chorób, w tradycyjnej medycynie indyjskiej (*Ajurweda*), którą znajdujemy w traktacie *Czaraka Sambita*, opiera się na działaniu trzech podstawowych energii życiowych: żółci, flegmy (wilgoci) i oddechu. Teoria z zakresu klasycznej medycyny chińskiej zawarta w *Rozprawie o przeziębieniach*, rozpoznaje choroby spowodowane przez czynniki zewnętrzne, czy też to, co medycyna zachodnia określa jako ostre gorączki infekcyjne. Współczesna medycyna zachodnia wyróżnia jednostki chorobowe w oparciu o badania nad ludzką fizjologią. Przykładem może być *Ilustrowany słownik medyczny* Dorlanda, wyd. 27, w którym choroba definiowana jest jako

każde odchylenie od, lub przerwanie normalnej struktury, czy też funkcjonowania dowolnej części ciała (lub też kombinacja tychże), która przejawia się charakterystycznym zespołem objawów, a którego etiologia, patologia i przewidywane skutki mogą być znane lub nieznanne.

Przeciwko czysto opisowym definicjom wysuwa się szereg zarzutów. Jeden z nich mówi, że definicja opisowa nie wskazuje, że choroby są niepożądane. Angielski termin *disease*, „choroba” wywodzi się z *dis-ease* „nie-wygoda”, co też ma charakter wartościujący. Jednakże rozpoznanie choroby, określenie jej przyczyn i skutków, co

jest przedmiotem zachodniej medycyny naukowej, nie jest tym samym co uznanie przez nas czegoś za dolegliwość. Medycyna zajmuje się zaburzeniami funkcjonowania organizmu. Zaburzenia te mogą być uznawane przez ludzi za niepożądane. Ale sama medycyna nie formuluje sądów na temat pożądanego bądź niepożądanego charakteru przedmiotu swoich studiów. Nie jest też ściśle zależna od tego typu sądów wartościujących. Badania praw aerodynamiki na przykład doprowadziły do podróży powietrznych. Początkowo nie posiadały one jednak żadnej wartości praktycznej.

W medycynie nie należy oczekiwać tak dużego rozziwu między rozumieniem procesów zachodzących w organizmie a praktycznym zastosowaniem w leczeniu najnowszych odkryć, a to ze względu na powszechnie akceptowaną wartość tego ostatniego. Inaczej było jednakże w przypadku badań nad DNA. Friedrich Miescher odkrył DNA w 1869 roku. W 1953 roku J. D. Watson i F. H. Crick wyjaśnili strukturę podwójnej helisy. Postępy w latach osiemdziesiątych pozwoliły na odczytanie kodu genetycznego DNA, co doprowadziło do zastosowań praktycznych w prenatalnym diagnozowaniu chorób genetycznych.<sup>1</sup>

Marx Wartofsky przedstawił jeszcze i takie zastrzeżenie. Pojęcie choroby, tak jak każdy znaczący termin naukowy, jest uwarunkowane przez kontekst społeczno-historyczny. Tak więc to, co jedna osoba uznaje za chorobę może nie być uznane za chorobę przez kogoś innego, w innym czasie i w innej kulturze. Odpowiadając na tak postawiony zarzut, Patrick Heelen zauważa, że

Wartofsky obstając przy społeczno-historycznym określaniu pojęcia choroby, pozbawia nas jednocześnie tradycyjnego rozumienia choroby<sup>2</sup>.

Dwadzieścia lat później George Khushf wzmocnił to stanowisko zwracając uwagę, że libertariańskie rozumienie medycyny

jest sprzeczne z wieloma wymaganiami stawianymi medycynie, które ściągają się od ustalania standardów w praktyce lekarskiej do określenia podstawowego pakietu opieki medycznej<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> R. Porter, *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity*, New York – London: W. W. Norton & Co. 1997, s. 558.

<sup>2</sup> P. A. Heelen, uwagi pod adresem Toulmina i Wartofsky'ego, w: H. T. Engelhardt Jr., S. F. Spicker, *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, Dordrecht – Boston: D. Reidel Publishing 1975, s. 92.

<sup>3</sup> G. Khushf, „Reflections on health and disease”, *Journal of Medicine and Philosophy* (20) 1995, s. 404.

Moja odpowiedź na zarzuty Wartofsky'ego jest taka, że termin „choroba”, tak jak każdy inny termin z zakresu medycyny, albo jest przekładalny na inne języki, albo nie. Jeśli język obcy zawierający terminy medyczne daje się przekładać na nasz język, wówczas nie może on wyrażać schematu pojęciowego zawierającego jakąś teorię i wyjaśnienia przyczynowe, które byłyby znacząco różne od naszych. W innym wypadku byłby on właśnie nieprzetłumaczalny. Jednakże jeśli język obcy faktycznie jest nieprzekładalny na nasz język, to nie możemy od razu wnioskować, że przedstawia on inny niż nasz schemat pojęciowy, ponieważ może on również wyrażać jakieś nieznanne nam fakty i przekonania.<sup>4</sup>

Zdaję sobie sprawę, że nie istnieją nieuwarunkowane pojęcia naukowe, ale nie z powodów, które przedstawił Wartofsky. Pojęcia, jak już zaznaczałem, zależą od teorii. Te z nich, które zasługują na naszą uwagę, nabierają znaczenia w kontekście teorii prawdziwych. Prawdziwość teorii natomiast zależy ostatecznie od jej zdolności wyjaśniania, a nie od czynników kulturowych czy okoliczności historycznych.

Załóżmy, że istnieje wzajemna przekładalność języka medycyny zachodniej i języka, którym posługuje się szaman. Szaman, który rozumie mnie, gdy mówię, że zachodnia medycyna jest skuteczniejsza w leczeniu, może zapytać: „skuteczniejsza? w oparciu o jakie kryteria?”. Mamy tutaj do czynienia z sytuacją podobną do tej, gdy ktoś obserwuje opuszczane w studni wiadro. Tymczasem dla muchy siedzącej na wiadrze ściany studni wznoszą się. Czyje spostrzeżenie jest trafne? Czy ktokolwiek znajduje się w takim położeniu, aby odpowiedzieć na to pytanie? Na szczęście okazuje się, że sprawa kryteriów nie stanowi problemu ani dla mnie, ani dla szamana. Okazuje się bowiem, że zarówno jego kryteria jak i moje są takie same i nie trzeba wybierać między jego a moim punktem widzenia. Dlaczego tak jest?

Szaman próbuje wyleczyć jakąś osobę, ponieważ czuje się ona źle. Stara się ją wyleczyć w oparciu o swą diagnozę. Jest to dokładnie to samo, co robi lekarz praktykujący zachodnią medycynę. Zarówno intencje jak i starania, a czasami nawet stosowane techniki

---

<sup>4</sup> Por. D. Davidson, „On the very idea of a conceptual scheme”, *Proceedings of the APA*, 1973-74 (47), ss. 5-20.

leczenia są takie same. Ważne jest jednak, jakie są efekty podejmowanych starań. W leczeniu przejawów chorób medycyna zachodnia jest skuteczniejsza niż medycyny alternatywne. Stwierdzenie to jest prawdziwe nie dlatego, że ja tak powiedziałem, lecz twierdzę tak ponieważ taka jest prawda. Każdy może sprawdzić wnioski stąd wpływające, także i szaman oraz relatywiści, którzy podziwiają medycyny nie-zachodnie.

Podstawowym celem medycyny jest leczenie lub zapobieganie chorobom. Terminy takie jak „złe samopoczucie”, „zranienie”, „zaburzenie”, „rozstrój”, „dolegliwość” używane są niekiedy zamiast słowa „choroba”. Bez względu na to, czy termin „etiologia” używany jest tak jak w medycynie zachodniej, dotarcie do przyczyn choroby jest powszechną praktyką, stosowaną w każdej kulturze przez osoby, których celem jest leczenie lub zapobieganie chorobom.

Status określonej teorii, naukowej czy też nienaukowej, zależy od jej mocy wyjaśniającej. Wyjaśnianie jest podstawą leczenia i zapobiegania chorobie. Poza tym trzeba już tylko terapii, czyli możliwości zastosowania w praktyce tego, co poznaliśmy dzięki teoretycznemu wyjaśnieniu. Jeżeli przyjmiemy, że ten warunek może być spełniony, wówczas teoria posiadająca większą moc wyjaśniającą jest na pierwszy rzut oka prawdziwa, i tak długo zachowuje swą uprzywilejowaną pozycję, aż inna, konkurencyjna teoria wykaże się większą mocą eksplanacyjną. Wskaźnikiem, choć nie jedynym, prawdziwości teorii medycznej jest jej największa (w porównaniu z innymi) skuteczność, jeśli idzie za nią właściwa terapia, oraz eliminowanie lub zapobieganie chorobom. Brzmi to jak pragmatyczna zasada: „prawdą jest to, co sprawdza się w praktyce”, ale niekoniecznie, bo równie dobrze może być tak, że to, co sprawdza się w praktyce, rzeczywiście jest prawdziwe.

W większości przypadków dolegliwość przejawiająca się złym samopoczuciem lub jakimś dyskomfortem wskazuje na chorobę. Choroba w naukowej medycynie zachodniej jest także rozpoznawana przez występowanie określonych stanów fizjologicznych, które nie są odczuwane jako dolegliwości. Przykładem są bezobjawowe choroby, takie jak nadciśnienie i grzybica, które dopiero jeśli pozostają długo nieleczone, mogą stać się widoczne.

Zazwyczaj złe samopoczucie lub dyskomfort nie są pożądane, ale bywają wyjątki. Na przykład płaskostopie może być pożądane przez

osobę, która chce uniknąć służby wojskowej. Drastyczniejszy przykład znajdujemy w tekście św. Teresy, która zmarła na gruźlicę w 1892 roku. „Bóg nakazał mi przejść przez wiele prób. Jestem prawdziwie szczęśliwa gdy cierpię”<sup>5</sup>. Co więcej, nie wszystkie przypadki złego samopoczucia są dowodem choroby. Na przykład ból brzucha spowodowany przejedzeniem nie świadczy o chorobie. Ale wysoka gorączka tak. Możemy czuć się chorzy (*ill*) (po niemiecku: *schlecht*; po francusku: *mauvais*), gdy boli nas brzuch, ale dopiero, gdy ból utrzymuje się dłużej możemy naprawdę mówić o chorobie (*illness*) (niem. *Krankheit*, franc. *maladie*).

W dodatku nie każde złe samopoczucie musimy uważać za spowodowane chorobą. Przynajmniej teoretycznie istnieje taka możliwość, że w jakiejś całkowicie wyizolowanej społeczności, dolegliwość na którą cierpią jej członkowie, może być uznawana za coś normalnego w funkcjonowaniu organizmu. Zauważmy, że członkowie takiej hipotetycznej wspólnoty doświadczaliby złego samopoczucia i wcale nie byłaby to kwestia konwencji, że są lub nie są chorzy, bo działoby się z nimi to, co by się działo, a nie co innego.

Wracam do pojęcia adekwatnego wyjaśniania, które jest kluczowe w naszej dyskusji. Rozważmy następujące przykłady.

Gdy oglądam monetę pod pewnym kątem, wydaje się ona okrągła. Pod innym kątem patrząc, może wydawać się ona owalna lub wygląda jak linia prosta. Dlaczego jednak mówimy, że moneta jest okrągła, chociaż jawi nam się ona w różny sposób? Ponieważ przyjęcie, że jest okrągła pozwala nam wyjaśnić, iż czasem widzimy ją jako owalną lub jako linię prostą. Tymczasem gdyby przyjąć, że jest prosta, nie moglibyśmy wyjaśnić jej owalności czy krągłości, a gdyby miała być owalna, nie moglibyśmy wyjaśnić jej krągłości, czy też tego, że jest prosta.

I jeszcze jeden przykład. Prosty kij będzie wyglądał jak prosty kij gdy będziemy oglądać go w powietrzu. Ale gdy zanurzymy jego koniec w wodzie, będzie wyglądał, jakby był złamany. Opierając się na spostrzeżeniu wzrokowym moglibyśmy powiedzieć, że kij w istocie jest prosty, ale w wodzie faktycznie jest złamany. Jednakże takie stwierdzenie nie wyjaśnia, że kij zarówno w powietrzu jak i w wodzie jest tak naprawdę prosty. Pozorną niezgodność między doświad-

---

<sup>5</sup> R. Porter, op. cit., s. 86.

czaniem wzrokowym a dotykowym można wyjaśnić za pomocą praw załamania światła.

Przykłady z monetą i kijem pokazują, że wyjaśnianie, które dostarcza spójnej odpowiedzi na wszystkie pytania, wynikające ze związanych ze sobą zjawisk, jest uprzywilejowane przez swój zasięg. Ktoś mógłby zaproponować mówiąc, że poprawne wyjaśnienie przykładów z monetą i kijem ma coś wspólnego z Bogiem. Widzi on, że moneta faktycznie jest okrągła, owalna i prosta, a kij jest zarówno prosty jak i złamany kiedy go dotykamy i czujemy, że jest prosty. Jednakże jeśli nasze wzrokowe i dotykowe doświadczenia monety i kija pozostają takie same w takich samych warunkach, wówczas nadzór Boga nie ma znaczenia w ich spostrzeganiu.

Na gruncie medycyny uprzywilejowane stanowisko oznacza, że możemy postawić diagnozę, która stwierdza jakąś chorobę nawet wówczas, gdy nie objawia się ona jako złe samopoczucie lub nieprawidłowe funkcjonowanie organizmu. Na przykład ktoś może mieć chorobę wieńcową bez żadnych oznak zbliżającego się zawału serca. Jeżeli taki stan pacjenta będzie źle rozpoznany przez lekarza i wyciągnie on niewłaściwe wnioski na podstawie objawów, wówczas jego rozumienie natury choroby i wynikających z niej następstw może uniemożliwić zapobieżenie lub opóźnienie zawału.

Jednak czy znajdowanie się w jakiejś uprzywilejowanej pozycji upoważnia nas do stwierdzenia choroby, chociażby ujawniała się ona jedynie w szczególnych okolicznościach? Weźmy na przykład anemię sierpowatą w Afryce. Afrykanin, u którego wykryje się anormalną hemoglobinę w krwinkach czerwonych, wskazującą na obecność komórek sierpowatych, nie przejawia choroby, chyba że ich liczba bardzo wzrośnie, co zagraża udarem mózgu. Czy występowanie komórek sierpowatych jest samo w sobie chorobą, czy też jest nią dopiero wtedy, gdy ich poziom powoduje zagrożenie kalectwem lub śmiercią? Osoba mająca schorzenie bezobjawowe, jak nadciśnienie lub choroba wieńcowa, zapewne będzie prędzej czy później cierpieć poważne dolegliwości. Nie dotyczy to jednak osób mających komórki sierpowate we krwi, o ile nie ma ich zbyt wiele. Dlatego lepiej jest powiedzieć, że posiadanie komórek sierpowatych jest chorobą tylko w przypadku wysokiego ich poziomu.

Ponieważ choroba może przebiegać bezobjawowo lub może ujawnić się jedynie w określonych warunkach, można ją badać bez od-

niesienia do jej występowania. Wspominałem już o odkryciu DNA, które po latach zaowocowało rozwojem genetyki. Oczywiście nasza wiedza o chorobach ma tak doniosłe znaczenie w leczeniu, że wszelkie osiągnięcia medycyny są stosowane w praktyce tak szybko jak jest to możliwe. Dlatego cele medycyny klinicznej są tak ściśle związane z postępami badań naukowych. Inaczej rzecz ujmując, w medycynie trudno jest rozróżnić między naukowym wyjaśnianiem a stosowaniem go w leczeniu.

Jak już wspominałem, w gruncie rzeczy ta z konkurencyjnych teorii uznawana jest za prawdziwą, która najwięcej wyjaśnia. Teoria taka uzyskuje uprzywilejowaną pozycję. Historia nauki obfituje jednak w przykłady rzekomo prawdziwych teorii, które okazywały się fałszywe. Dobrym przykładem takiej teorii, która okazała się fałszywa, jest teoria dotycząca masturbacji. „W XVIII i XIX wieku panowało powszechne przekonanie, że masturbacja jest odpowiedzialna za szereg poważnych objawów chorobowych.”<sup>6</sup> Okazało się jednak, że takie objawy jak niestrawność, epilepsja, ślepotą, utrata słuchu, krzywica i impotencja wywoływane są przez inne przyczyny niż masturbacja.

Ciekawość i dążenie do skutecznego panowania nad siłami przyrody skłania ludzi do poszukiwania wyjaśnień otaczających nas zjawisk. I to bez względu na to, czy nieustanne poszerzanie naszej wiedzy zbliża nas do świata zjawisk, czy też prowadzi nas do świata idei – jest to problem metafizyczny, który nie ma większego znaczenia w naszym życiu doczesnym. W naszym świecie zadowolamy się wyjaśnieniem, które jest spójne i skuteczne. Oto przykład. Moja ośmioletnia córka, stojąc przede mną w piżamie zadała mi ście kartezjańskie pytanie: „tatusiu, skąd wiem, że nie śni mi się, że idę spać?”. Na co jej odpowiedziałem: „niech ci się śni, że idziesz spać”. Po chwili namysłu uznała, że to dobra odpowiedź i położyła się do łóżka. To, że takie podejście było dla niej przekonujące, i takie też powinno być dla nas, oznacza, że proste założenia i rozróżnienia sprawdzają się nawet wtedy, gdyby całe nasze życie okazałoby się jedynie snem.

Nasza ciekawość i dążenie do panowania nad naszym życiem owocują zwalczaniem chorób i łagodzeniem dolegliwości. W tych

---

<sup>6</sup> H. T. Engelhardt Jr., „The disease of masturbation: values and concepts of disease”, *Bulletin of the History of Medicine* 1974 (48), s. 234.

staraniach dokonujemy zarówno ocen wartościujących jak i opisujemy występujące zjawiska. I nawet jeśli stawiamy błędne diagnozy pod wpływem obowiązujących wartości społecznych, to prędyż czy później są one weryfikowane, wobec potrzeby łagodzenia dolegliwości i poprawy złego funkcjonowania organizmu.

Zwracałem do tej pory uwagę, że zachodnia medycyna jest *prima facie* prawdziwa, ponieważ przewyższa inne sposoby wyjaśniania przyczyn chorób. Argumentowałem, że badania nad chorobami, będące zadaniem nauk medycznych, nie mają charakteru wartościującego. Co więcej, sugerowałem, lecz jak dotąd nie wyjaśniłem, dlaczego rozpoznanie, a zatem opisanie choroby nie może być rozpatrywane jedynie w obrębie medycyny, zakładając jej pozaocenny charakter metodologiczny.

Rozważmy przypadek dwóch bakterii: *H. pylori* i *E. coli*. Obecność *E. coli* w jelitach jest zwykle pożądana. Nie jest tak natomiast w przypadku bakterii *H. pylori*, która powoduje wydzielanie się kwasów, co z kolei prowadzi do nadkwaśności i owrzodzenia przewodu pokarmowego. Zatem *H. pylori* związana jest ze stanem chorobowym, a *E. coli* nie.<sup>7</sup> Definicja Dorlanda przywołana na początku tego artykułu jest zbieżna z tym, co pisałem na temat choroby jako odstępstwa od normalnego funkcjonowania organizmu, które przejawia się określonym zespołem niepożądanych objawów i symptomów.<sup>8</sup>

Zwolennicy etycznego relatywizmu dostrzegając różnorodność przekonań i zachowań obecną w różnych kulturach, utrzymują, że nie istnieje żadna obiektywna podstawa sądów moralnych, ponieważ wszystkie mają charakter względny. Jednakże na gruncie medycyny takie stanowisko jest nie do utrzymania, albowiem w tym przypadku istnieje taka obiektywna podstawa sądów, a jest nią właśnie subiektywna reakcja na dolegliwość, która w powszechnym

---

<sup>7</sup> Przykład ten znajdujemy u S. DeVito, „On the value neutrality of the concepts of health and disease: into the breach again”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 25 (5) 2000, ss. 539-567.

<sup>8</sup> Tym, którzy wątpią w możliwość trafnego wyjaśnienia i skutecznego leczenia dolegliwości psychicznych w oparciu o analizę fizjologii organizmu, warto przypomnieć o skuteczności środków psychotropowych i możliwościach zmiany nastrojów przez stymulowanie określonych części mózgu za pomocą zmian napięcia prądu elektrycznego.



odczuciu jest czymś, czego należy się pozbyć. Sądy moralne rzeczywiście mają względny charakter. Jednak we wszystkich kulturach i w każdym czasie ludzie dążą do unikania chorób lub łagodzenie ich skutków i dolegliwości z nimi związanych. Skoro zachodnia medycyna naukowa ma największą zdolność wyjaśniania przyczyn chorób i dlatego jest najbardziej efektywna w łagodzeniu objawów choroby i dolegliwości, oceny moralne związane z podejmowaniem decyzji w praktyce medycznej powinny konstytuować się w ścisłym powiązaniu z językiem i wiedzą zachodniej medycyny.

Ogólne pojęcia choroby i dolegliwości są podstawą wyrażania sądów moralnych w medycynie. Celem zarówno lekarza, uzdrowiciela jak i szamana jest leczenie lub ochrona przed chorobą, a w przypadku jej chronicznego czy przewlekłego trwania, łagodzenie jej skutków. Cele te wyznaczają przedmiot zainteresowań etyki medycznej i określają jej obecne granice. Tak więc osoba zajmująca się na przykład kastrowaniem kobiet (spotykanym w niektórych kulturach afrykańskich), które może spowodować krwotok lub zakażenie oraz może być powodem ciężkiego stresu, nawet gdy zabieg wykonywany jest sprawnie, nie może być uznawana za lekarza. Podobnie też nie jest lekarzem ktoś, kto w ramach kary wymierzanej złodziejowi odcina mu dłoń.

Chociaż powszechnie zrozumiałe pojęcia choroby i dolegliwości dostarczają wskazówek przy rozwiązywaniu wielu problemów moralnych w medycynie, w niektórych sytuacjach okazują się one niewystarczające. Na przykład takie nakazy, jak „nie zabijaj” i „nie rań” nie rozwiązują problemu, przed którym staje lekarz asystujący osobie pragnącej popełnić samobójstwo, ponieważ nie potrafimy określić względnej wartości tych norm. Podobne trudności spotykamy przy próbie zdefiniowania pojęcia osoby. Jak zauważa Tom Beauchamp:

idea osoby nie jest wystarczająco jasna, uporządkowana i systematyczna, aby na jej podstawie rozstrzygać o słuszności jednej teorii, na niekorzyść innych<sup>9</sup>.

Nie można na przykład z pojęcia osoby wyprowadzać rozstrzygających wniosków na temat moralnej dopuszczalności badań z wykorzystaniem komórek macierzystych lub przyzwolenia na aborcję.

---

<sup>9</sup> T. Beauchamp, „The failure of theories of personhood”, *Kennedy Institute of Ethics Journal* 9 (4) 1999, s. 319.

Inne problemy, takie jak samodzielne podejmowanie decyzji przez pacjenta czy zdawanie się na opinię rodziny, mówienie prawdy czy jej zatajanie przed zbliżającą się śmiercią, choć w oczywisty sposób wiążą się z decyzjami lekarza, nie są wyłącznie przedmiotem etyki medycznej. Problemy te, właśnie z racji swoich uwarunkowań kulturowych i swych pozamedycznych aspektów mogą zbyt łatwo kierować nas w stronę etycznego relatywizmu. Tym bardziej należy pamiętać, że relatywizm jest tylko jednym z wielu stanowisk pojawiających się w ramach szerszej pojmowanej etyki.

Na zakończenie chciałbym zwrócić uwagę, że granice samej etyki medycznej mogą wymagać poszerzenia. Do niedawna bowiem zajmowało nas w ramach medycyny opanowywanie i eliminowanie tego, co uznajemy za złe, jednak od pewnego czasu coraz więcej naszych działań medycznych skupia się raczej na zapewnianiu, tego co dla pacjenta może być po prostu dobre. Oto na przykład postępy w dziedzinie genetyki stwarzają możliwości doskonalenia organizmu, a nawet funkcji psychicznych. Czy z możliwości tych powinniśmy w pełni korzystać? Tego rodzaju pytania, wynikające z rozszerzenia się zakresu czynności medycznych i celów medycyny, poszerzają jednocześnie zakres problematyki etycznej w odniesieniu do medycyny, przekształcając obszar etyki medycznej w szerszej pojętej bioetykę.

*Przełożył Jacek Rabus*

---