

Kazimierz Szewczyk

Edukacja bioetyczna w Polsce - analiza problemu, opis trudności i propozycja zadań na najbliższą przyszłość

Diametros nr 22, 198-226

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Edukacja bioetyczna w Polsce – analiza problemu, opis trudności i propozycja zadań na najbliższą przyszłość

Kazimierz Szewczyk

Tekst otwiera namysł nad definicją bioetyki. Następnie zastanawiam się: kogo nauczać, jakie są racje i cele edukacji bioetycznej, kiedy, w jakiej formie, jak i czego powinno się nauczać na fakultecie bioetycznym. Analizy zakończy – niestety, pesymistycznie brzmiąca, uzasadniana całością wypowiedzi – diagnoza najważniejszych trudności we wdrażaniu edukacji bioetycznej oraz postulaty pozwalające, moim zdaniem, na (niewielkie) złagodzenie wspomnianego pesymizmu.

1. Jak zdefiniować bioetykę, której powinno się nauczać?

Bioetyka, mimo wciąż rosnącej popularności, nie ma jednej powszechnie przyjmowanej definicji. „Nie ma też końca – pomimo, iż refleksja bioetyczna zdążyła się wcale nieźle zadomowić w akademickich ośrodkach – dyskusja nad tym, czy należy mówić o bioetyce jako o odrębnej dyscyplinie akademickiej, czy też uznać ją raczej za rodzaj interdyscyplinarnego dyskursu”¹.

Spory wokół podstaw metodologicznych bioetyki być może, jak chce Albert Jonsen, stanowią znak jej „dojrzewania” jako dyscypliny². Jednakże w połączeniu z brakiem zdefiniowania tej dziedziny są bardzo dotkliwym utrudnieniem debat dotyczących edukacji bioetycznej. Przyjęta definicja wpływa bowiem znacząco na ujęcie procesu kształcenia, głównie zaś na wybór jego grup docelowych, dobór treści nauczania i metod dydaktycznych, formowanie celów edukacji oraz – *last but not least* – na określenie, kim są bioetycy jako bioetycy (eksperti bioetyczni, w tym nauczyciele bioetyki), i opracowanie kursów ich edukacji.

Dla potrzeb dyskusji o nauczaniu bioetyki w naszym kraju przyjmę następującą jej definicję: *bioetyka jest interdyscyplinarną dziedziną nauki identyfikującą i krytycznie analizującą moralne aspekty podejmowania decyzji w systemie opieki zdrowotnej światopoglądowo zróżnicowanego, demokratycznego państwa prawa*. Tak zdefiniowana bioetyka jest także przedmiotem nauczania.

¹ Chyrowicz [2009] s. 1.

² Jonsen [2003] s. 345.

W zaproponowanej definicji dokładniejszego omówienia wymagają:

- a. interdyscyplinarność bioetyki jako nauki,
- b. zwrócenie uwagi na podejmowanie decyzji w systemie opieki zdrowotnej i samo pojęcie tego systemu,
- c. zaakcentowanie w niej społeczno-ustrojowego otoczenia bioetyki.

A. Interdyscyplinarność bioetyki jako nauki

W tekście wprowadzającym do debaty stawiałem znak równości między „inter” i „wielodyscyplinarnością” bioetyki. Wypowiedź Barbary Chyrowicz uświadomiła mi problematyczność tego utożsamienia³. Obecnie przyjmuję, że termin „interdyscyplinarność” odsyła do zintegrowanej całości, w której granice między poszczególnymi dyscyplinami uległy zatarciu w trakcie ich łączenia, lub są postrzegane jako mniej istotne. Z pierwszą możliwością mamy do czynienia w bioetyce jako dziedzinie nauki powstałej z wielu dziedzin składowych.

Również w zbiorowych ciałach bioetycznych granice między fakultetami ich członków mogą być postrzegane jako mniej istotne w porównaniu z celem pracy tych kolegów, np. wspólnym ustalaniem dyrektyw etycznych. Jeśli tak właśnie będzie, wówczas można nazwać takie gremia zespołami interdyscyplinarnymi. Natomiast za typowo wielodyscyplinarny (multiprofesjonalny) zespół uznaję – w myśl zaproponowanej konwencji terminologicznej – ciało złożone z przedstawicieli wielu fakultetów jako ekspertów w swoich dziedzinach powołane, np. do opracowania prawnych, etycznych, społecznych, psychologicznych, itd. aspektów zapłodnienia zewnątrzustrojowego.

Zaakcentowanie w ten sposób ujmowanej interdyscyplinarności bioetyki pokazuje, że wywodząc się z wielu nauk „macierzystych” zdolna jest do ich scalania, nie tracąc swojej odrębności i nie redukując się do fakultetów dających jej początek. Budowanie bioetyki przebiega w odwrotnym kierunku niż dotychczasowy proces wyłaniania się nauk szczegółowych z filozofii. Loretta Kopelman tak konstruowaną naukę nazywa „dyscypliną drugiego porządku”⁴.

Definiowanie bioetyki jako interdyscyplinarnej nauki nie pozwala na jej dwojakié zawłaszczenie:

- a. przez filozofię/teologię; bioetyka nie jest aplikacją teorii filozoficznych bądź teologicznych do specyficznych problemów związanych z ludzkim życiem. Słowem, nie jest etyką szczegółową,
- b. przez medycynę; bioetyka nie stanowi części biomedycyny.

³ Chyrowicz [2009] s. 1-4.

⁴ Kopelman [2006] s. 620 i n.

W przeciwieństwie do tych redukcjonistycznych zakusów bioetyka – zgodnie z proponowaną definicją jako dziedzina interdyscyplinarna – jest metodologicznie odrębną nauką stanowiącą część systemu opieki zdrowotnej złączoną w funkcjonalną całość z pozostałymi jego składnikami. Można ją nawet potraktować jako wyróżnioną część systemu – element, poprzez który społeczeństwo jako suweren moralny wpływa na kształt i funkcjonowanie opieki zdrowotnej⁵.

Podkreślanie, że bioetyka jest interdyscyplinarną nauką nieredukowalną do jej dziedzin macierzystych utrudnia także jej „rozpuszczenie” się w wieloprofesjonalnym społecznym dyskursie bioetycznym. Angażuje on oprócz bioetyków również ekspertów z innych nauk, zawodów i profesji oraz szerokie kręgi społeczeństwa. Ważne jest, aby nie sprowadzać bioetyki wyłącznie do takiego dyskursu i odróżniać w nim bioetyków jako bioetyków od pozostałych uczestników debaty, przede wszystkim ze względu na funkcje, jakie w niej spełniają.

Interdyscyplinarność „bio-etyki” w żadnej mierze nie oznacza, że przestaje być „etyką”. Inaczej mówiąc, normatywnej podstawy „bio” powinno się szukać w treściowej etycznej teorii, a nie tylko w proceduralnej. Dla bioetyki zredukowanej do wielodyscyplinarnego dyskursu ugruntowaniem tym może być teoria proceduralna, choć fundamenty substancjalne byłyby również i w nim pożądane.

Zauważmy, że aplikacyjne ujęcie bioetyki znakomicie ułatwia podanie jej teoretycznego zaplecza. Jest nim jakaś w miarę jednolita opcja filozoficzna, np. utilitaryzm czy prawo naturalne, bądź medyczna, jak np. tradycja hipokratyczna wzbożona zasadą poszanowania autonomii pacjenta. Wadą tych ujęć – dyskwalifikującą je z perspektywy proponowanej definicji – jest ich partykularność nie-spójna z wymogami światopoglądowo *zróznicowanego* demokratycznego społeczeństwa.

Próba ominięcia tego braku przy jednoczesnym zachowaniu odrębności bioetyki jako nauki, dyscypliny badawczej i przedmiotu nauczania jest jej osadzenie na etycznych koncepcjach wyrażających w sposób możliwie szeroki, najogólniej rzecz ujmując, wspólne nam moralne przekonania. W tym kontekście często mówi się o „moralności potocznej”, a także o „kulturze podłoża”, na którą składa się tradycja filozoficzna, moralna i religijna danej kultury, np. europejskiej⁶.

Do pierwszej podstawy odwołują się Tom Beauchamp i James Childress, twórcy etyki czterech zasad (autonomii, dobroczynienia, nieszkodzenia i sprawiedliwości)⁷, będącej obecnie najpopularniejszym sposobem uprawiania bioetyki. Na

⁵ Szewczyk [2009b] s. 10.

⁶ Rawls [1998] s. 45.

⁷ Beauchamp i Childress [1996].

bazie kultury podłoża zredagowana została *Deklaracja barcelońska* stanowiąca formalne zwieńczenie europejskiego projektu BIOMED II. Nosił on tytuł *Podstawowe zasady etyczne w europejskiej bioetyce i bioprawie*⁸. Prace podjęto z wyraźną intencją zbudowania zestawu zasad alternatywnych w stosunku do pryncypiów Beauchampa i Childressa. *Deklaracja* zawiera 4 takie normy: autonomii, godności, integralności i podatności na zranienie (*vulnerability*).

Deklarację i etykę czterech zasad różni istotnie pojmowanie autonomii. Pryncypium to (i wartość) odmiennie niż w koncepcji Beauchampa i Childressa zakorzenionej w amerykańskim indywidualizmie, języku praw i utylitaryzmie – ujmowane jest w kontekście opieki nad innymi osobami, podporządkowanej regułom solidarności społecznej, odpowiedzialności i sprawiedliwości.

Bardzo ważna jest także zasada podatności na zranienie. Wyraża ona dwie podstawowe idee:

a. idee skończoności i kruchości życia; u ludzi jako istot zdolnych do autonomii te dwie cechy są „podstawą możliwości i konieczności wszelkiej moralności”;

b. normę wynikającą z *vulnerability* nakazującą opiekę nad podatnymi na zranienie⁹.

Zdaniem Norberta Steinkampa i międzynarodowego zespołu współpracowników *Deklaracja barcelońska*, z pryncypium *vulnerability* na czele, może być treściową „europejską moralnością” dającą podstawę bioetyce i bioprawu¹⁰. Według mnie jest ona także dobrym teoretycznym ugruntowaniem proponowanej w artykule definicji bioetyki.

B. Podejmowanie decyzji w systemie opieki zdrowotnej i pojęcie tego systemu

Proponowana definicja bioetyki nawiązuje do jednego z jej pierwszych formalnych ujęć podanych przez filozofa Samuela Gorovitz w 1977 roku¹¹. Według niego bioetyka stanowi „krytyczne badanie moralnych aspektów podejmowania decyzji w kontekstach opieki zdrowotnej i w obszarach obejmujących nauki biologiczne”. Ja celowo zawężam zakresowo bioetykę do systemów opieki zdrowotnej, opowiadając się za standardowym bądź regulatywnym jej rozumieniem. Natomiast, identycznie jak Gorovitz, podkreślam wagę procesu decyzyjnego w systemach opieki. Wynika to z kilku okoliczności. Do najważniejszych należy:

⁸ Szewczyk [2009a] s. 73-75 i 95-98.

⁹ Kemp [1999] s. 4.

¹⁰ Steinkamp i wsp. [2007] s. 472.

¹¹ Gorovitz [1977] s. 3-15.

a. fakt, że decyzje podejmowane są bardzo często w warunkach dużej niepewności zarówno dotyczącej faktów jak i wartości. Odnosi się to zarówno do postanowień „przy łóżku” pacjenta, jak i ustaleń na poziomie poszczególnych instytucji opieki zdrowotnej (szpitali, hospicjów) oraz całości systemu. Ten drugi rodzaj rozstrzygnięć można nazwać „zamrożonymi rezultatami procesu decyzyjnego”, gdyż są to wytyczne o charakterze dyrektyw etycznych tworzone przez bioetyczne ciała kolegialne¹²;

b. niepewność co do wyboru wartości sprawia, że w społeczeństwach demokratycznych potrzebą chwili jest demokratyzacja procesu decyzyjnego: otwarcie go na wszystkie zainteresowane strony, łącznie z doświadczeniem bycia pacjentem, w apogeum na całość społeczeństwa. Fundamentalnym zadaniem interdyscyplinarnej bioetyki jest pomaganie „kompetentnym osobom o dobrej woli w podejmowaniu słusznych (*right*) decyzji, w słuszny sposób i ze względu na słuszne racje”¹³;

c. skomplikowanie procesu decyzyjnego i waga pomocy udzielanej przez bioetykę wynika także z powodów instytucjonalnych. Mam na myśli rozpoczynające się w latach powojennych ubiegłego stulecia postępujące scalanie medycyny z innymi fakultetami i specjalizacjami w jeden funkcjonalnie zintegrowany system opieki zdrowotnej. Do najistotniejszych dyscyplin-elementów systemu należą: biologia, prawo, ekonomia, zarządzanie i planowanie, a także bioetyka. Medycyna jest bardzo ważnym składnikiem systemu, ale jednak składnikiem i nie można wyłącznie do niej zredukować etycznych aspektów decyzji.

C. Akcentowanie w definicji społeczno-ustrojowego otoczenia bioetyki

Powstanie systemu opieki zdrowotnej było zmianą instytucjonalną warunkującą powstanie bioetyki. W proponowanej definicji podkreślam także równie istotne zewnętrzne czynniki umożliwiające narodziny tej nauki. Najważniejsze z nich to:

a. ruch na rzecz praw i wolności jednostki i obywatela radykalnie kwestionujący paternalizm tradycji hipokratycznej w medycynie,

b. światopoglądowo zróżnicowane społeczeństwo przejmujące funkcje suwerena moralnego,

c. demokratyczne państwo prawa sprzyjające umacnianiu obu wymienionych czynników,

¹² Szewczyk [2009d] s. 3.

¹³ Kopelman [2006] s. 622.

d. relatywna zamożność społeczeństwa umożliwiająca skonsumowanie demokratyzacji korzystania ze świadczeń zdrowotnych oraz spożytkowanie rezultatów postępu naukowego i technologicznego w medycynie. Ten ostatni czynnik nie jest wprawdzie wymieniony w definicji *explicite*, jednak można, jak sadzę, przyjąć bez ryzyka większej pomyłki, że demokracja sprzyja również wzrostowi zamożności społeczeństwa w stopniu pozwalającym na egalitaryzm w dostępie do świadczeń także technologicznie zaawansowanych.

Formowanie się omawianej dyscypliny, ze względu na jej radykalną odmienność od poprzedzającej ją tradycji kodeksowej w medycznej myśli normatywnej, można nazwać „rewolucją bioetyczną”¹⁴.

2. Kogo powinno się nauczać bioetyki?

Jest to pytanie o „grupy docelowe”, do których należy kierować edukację bioetyczną. Odpowiedź na nie wynika z zaproponowanej wyżej definicji bioetyki – szczególnie z interdyscyplinarności i społecznego wymiaru tej dyscypliny.

a. W literaturze przedmiotu często przyjmuje się zawężoną perspektywę, słabo biorącą w rachubę wymienione cechy i koncentrującą się „raczej z pragmatycznych niż z normatywnych powodów” na nauczaniu bioetyki przede wszystkim na lekarskich studiach przeddyplomowych¹⁵.

Także i ja z tych samych względów będę pisał przede wszystkim o dydaktyce bioetyki dla przyszłych lekarzy. Jednakże interdyscyplinarność i – przede wszystkim – społeczny wymiar tej dziedziny nie pozwalają zapominać o innych słuchaczach fakultetów medycznych i studentach specjalizacji niemedycznych. Bezwzględnie należy zastanowić się krytycznie nad bioetyczną edukacją przyszłych pielęgniarek. Punktem wyjścia takiej debaty powinien być namysł nad różnicą między etyką lekarską i pielęgniarzką warunkującą wybór celów i treści nauczania.

b. Bardzo istotne jest także poddyplomowe nauczanie lekarzy (i innych specjalności medycznych). W polskich realiach konieczna byłaby refleksja nad programem, metodą jej nauczania i celami kursu bioetyki dla stażystów, (jeśli staż nie zostanie zlikwidowany). W obecnie obowiązującym curriculum¹⁶ uderza silne przywiązanie do tradycji deontologicznej, manifestowane umieszczeniem w nim przedwojennego i dziewiętnastowiecznego (sic!) kodeksu etyki lekarskiej oraz wykład jako metoda nauczania, najmniej efektywna, jak będę pisał niżej.

¹⁴ Szewczyk [2009b] s. 3-6.

¹⁵ Myser [1998] s. 495-96.

¹⁶ <http://www.abc.com.pl/serwis/du/2004/0553.htm>

c. Wskazana byłaby ustawiczna edukacja bioetyczna praktykujących lekarzy. Jedną z jej form mogłyby być kompetentne i cieszące się autorytetem szpitalne komisje etyczne.

Společną wagę kształcenia bioetycznego przyszłych lekarzy i medyków już praktykujących zwiększa medykalizacja zachodniej kultury¹⁷. Prowadzi ona do oddania w ręce lekarzy całości ludzkiego życia, od narodzin, aż po stwierdzenie śmierci. Sprawia, że medycyna i medycy urabiają nasze lęki i nadzieje oraz kształtują moralne wzorce osobowe, co w konsekwencji sprawia, iż to lekarze, a nie kaznodzieje i osoby duchowne, sprawują rząd dusz w zmedykalizowanej cywilizacji.

d. Ważna jest edukacja bioetyczna studentów fakultetów niemedycznych, w szczególności mam na myśli przyszłych prawników i filozofów. Dla części z nich będzie to przydatne w przyszłej pracy zawodowej, np. prawnikom praktykującym prawo medyczne (bioprawo); inni dzięki tej edukacji staną się światlejszymi uczestnikami społecznych debat bioetycznych.

e. Społeczne i demokratyczne zorientowanie bioetyki sprawia, że całość społeczeństwa staje się niezmiernie ważną grupą edukacyjną. Uważam, że kształcenie bioetyczne społeczeństwa prowadzące do ideału „obywatelstwa biomedycznego” jest jednym z podstawowych obowiązków osób i instytucji zaangażowanych w uprawianie bioetyki. Pod terminem obywatelstwa biomedycznego „rozumie się demokratyzację medycyny. Polega ona nie tylko na udziale obywateli niezwiązanych z medycyną w decyzjach dotyczących ich leczenia i opieki. Jego ideą regulatywną jest współdecydowanie całego społeczeństwa – ogółu obywateli – o formach organizacji, przyjmowanych priorytetach świadczeń i funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej”¹⁸. Kształcenie bioetyczne studentów fakultetów medycznych i niemedycznych dobrze służy urzeczywistnianiu wspomnianego ideału.

f. Obywatelstwa biomedycznego nie zbuduje się bez czynnego, rozumnego współdziałania polityków. Powinni stanowić grupę intensywnej edukacji bioetycznej. Jak bardzo jest ona potrzebna polskim politykom pokazują obecne „debaty” dotyczące aborcji, eutanazji, testamentowej dyspozycji życia, ekonomicznych aspektów opieki zdrowotnej i innych zagadnień bioetycznych.

g. Bioetyki muszą nauczać kompetentni nauczyciele. A tych *dramatycznie* brakuje. Jak Zachód długi i szeroki słycać narzekanie na ich niepokojący deficyt. Dziwić może popularność bioetyki jako wręcz „nauki modnej” z niechęcią do jej

¹⁷ Szewczyk [2009a] s. 67.

¹⁸ Szewczyk [2009b] s. 25.

studiowania i nauczania. Jestem pewien, że również Polska nie jest wyjątkiem, choć trudno mi to udowodnić, gdyż dostępne dane są bardzo ogólnikowe¹⁹.

h. Deficyt nauczycieli wynika także z braku wykształconych bioetyków jako bioetyków, czyli osobnej grupy specjalistów w tej dyscyplinie. Ich – eufemistycznie mówiąc – niedobór negatywnie rzutuje na edukację wszystkich poprzednio wymienionych grup docelowych. Z tej przyczyny uruchomienie profesjonalnych studiów bioetycznych, czyli „uczenie uczących”²⁰ jest *najpilniejszym* zadaniem osób i instytucji zainteresowanych edukacją bioetyczną.

3. Dlaczego powinno się nauczać bioetyki?

Jest to pytanie o racje i cele bioetycznej edukacji. Ze względów podanych w poprzednim punkcie wskażę przede wszystkim racje i cele edukacji lekarzy na szczeblu przed i podyplomowym. Natomiast sygnalizowany brak nauczycieli bioetyki i szerzej – bioetyków jako bioetyków – obliguje mnie także do krótkiego wyliczenia celów ich kształcenia.

A. Racje

Dwoje angielskich bioetyków podzieliło je na dwa rodzaje: defensywne (negatywne) i ofensywne (pozytywne)²¹.

a. Ich zdaniem argumentami często przytaczanymi przez medyków są powody „czysto defensywne”. Wśród nich poczesne miejsce zajmuje potrzeba ochrony przed „stereotypowymi oskarżeniami przez pacjentów świadomych swoich praw”. Albowiem, „W medycznej demonologii ta rażąca niewdzięczność skutecznie zastąpiła mikroba jako wroga numer jeden publicznego zdrowia”.

W Polsce spotykamy się z nieco mniej „bioetycznymi” sposobami obrony przed takimi podopiecznymi – myślę o popularnym w kręgach medycznych pomysle powoływania rzecznika ochrony praw lekarza i coraz głośniejszych narzekaniach na agresywność chorych. Jest to bardzo niepokojące zjawisko. Jego efektem może być rozpad na dwa zwalczające się wrogie obozy dotychczasowej wspólnoty leczących i leczonych, fundowanej na relacji lekarz – pacjent.

Do defensywnych racji studiowania bioetyki cytowani autorzy zaliczają także rosnącą wśród lekarzy potrzebę nabywania i rozwijania umiejętności krytycznego myślenia i analiz tradycyjnie łączonych z etyką. Są one pomocne medy-

¹⁹ Suchorzewska [2007] s. 202.

²⁰ Galewicz [2009] s. 3.

²¹ Dickenson i Parker [1999] s. 231-32.

kom w radzeniu sobie z wyzwaniami wynikającymi z postępu w biomedycynie i rosnącej roli regulacji etycznych oraz prawnych w państwach demokratycznych.

b. Najważniejsze racje pozytywne wypływają, według mnie, z podanej wcześniej definicji bioetyki. Zasygnalizuję kilka z nich:

- edukacja bioetyczna lekarzy i przyszłych lekarzy jest bardzo ważna ze względu na wkład tej profesji w budowanie obywatelstwa biomedycznego i uspołecznienie procesu decyzyjnego w systemie opieki zdrowotnej oraz na ich wychowawczą rolę w zmedykalizowanych społeczeństwach.

- Uzasadnieniem nauczania bioetyki jest także właściwy demokracjom pluralizm światopoglądowy społeczeństw²². Wymaga on od medyków wiedzy o zróżnicowaniu systemów wartości pacjentów i umiejętności radzenia sobie z nim. Rozpoznanie tej różnorodności przez adeptów medycyny przyczyni się do polepszenia zalecanej przez UNESCO „opieki ukierunkowanej na pacjenta” (*patient centred care*)²³. Termin stanowi skrótowy zapis nakazu „respektowania godności każdego pacjenta – uznania autonomicznego wyboru przez kompetentnego pacjenta uczestnictwa w decyzjach dotyczących opieki i leczenia”, także spisanych w formie oświadczeń pro futuro.

- Edukacja bioetyczna pokazuje słuchaczom, że praktykowanie medycyny jest przedsięwzięciem moralnym, co podkreśla jej ukierunkowanie na dobro pacjenta, różnie definiowane, jednak zawsze silnie przez świat medyczny akcentowane. Studenci i lekarze dzięki niej są uwrażliwiani na pozornie „miękkie” problemy etyczne w praktyce lekarskiej. Pozwala im także dostrzec, że dylematy etyczne nie są wyłącznie wynikiem osobistych trudności w radzeniu sobie z codziennością uprawiania sztuki lekarskiej, bądź też efektem zarządzeń administracji systemu opieki zdrowotnej²⁴.

W polskich realiach edukacyjnych wagę tego celu powiększają dwie okoliczności. Pierwszą jest bardzo silne, przynajmniej w warstwie werbalnej, przywiązanie lekarzy do etyki cnót akcentującej wpływ indywidualnego charakteru na postępowanie profesjonalne medyka. Zgodnie z aforyzmem Władysława Biegańskiego, „nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem”²⁵, pojawiające się trudności etyczne środowisko skłonne jest uważać za przywarę charakterologiczną niezbyt dobrego lekarza.

²² Myser [1998] s. 486.

²³ UNESCO [2005] s. 9 i 12.

²⁴ Dickenson i Parker [1999] s. 232.

²⁵ Biegański [1957] s. 57.

Równocześnie źródło wielu dylematów etycznych, przede wszystkim dotyczących sprawiedliwego finansowania i rozdziału świadczeń zdrowotnych, lekarze, łącznie z ich przedstawicielami, umieszczają (niemal) *wyłącznie* po stronie instytucji zarządzających: Ministerstwa Zdrowia i trzymającego kasę Narodowego Funduszu Zdrowia. Obie okoliczności wzmacniają się wzajemnie: zamiast współpracować z instytucjami (i społeczeństwem) w podejmowaniu moralnie właściwych decyzji alokacyjnych, dobry lekarz walczy o interes chorego ze złą instytucją.

- Za nauczaniem bioetyki przemawia też szczególna własność relacji lekarz – pacjent, w której podopieczny jest osobą często szukającą u lekarza nie tylko poprawy stanu zdrowia, ale empatii i pociechy w swojej niedoli. W podobnym związku często pozostają także bliscy pacjenta. Inaczej mówiąc, jest to relacja bardzo podnosząca coś, co można nazwać „poziomem treściowej etyczności spotkania”²⁶. Liczą się w nim – niekiedy bardzo – przejawy zwykłej uprzejmości trywialne w innych kontekstach. Przykładem może być uśmiech, czy ton, jakim komunikowana jest niepomysłna diagnoza.

- Nauczanie bioetyki jest także edukacją humanistyczną. Jest ona niezbędna dla formowania elit intelektualnych. Lekarze są taką elitą, szczególnie w zmedykalizowanych społeczeństwach, i za taką się uważają. Z tego powodu ciąży na nich – również w skali społecznej – ogromna odpowiedzialność za podejmowane decyzje.

Podstawową racją kształcenia bioetyków w Polsce jest bodaj całkowity ich brak w rozumieniu podanej definicji bioetyki. Z tej racji nie ma także, jak wspominałem, odpowiednio przygotowanych nauczycieli bioetyki.

B. Cele

W literaturze przedmiotu najczęściej wymienia się następujące trzy grupy celów nauczania bioetyki, mając na uwadze przede wszystkim edukację przyszłych i już praktykujących lekarzy:

a. cele poznawcze (kognitywne). Według Anny Szczęsnej realizacja tej grupy zadań obejmuje trzy „nieco odmiennie obszary”²⁷:

- wiedzę „o aktualnych dyskusjach bioetycznych”. Ma ona dostarczyć słuchaczom, po pierwsze, informacji o historycznym, kulturowym i politycznym zapleczu takich debat oraz o „ujawniających się w nich konfliktach wartości lub wizji dobrego życia (np. chrześcijańskiej lub liberalnej)”. Po drugie, realizacja tego

²⁶ Seedhouse [1998] s. 14.

²⁷ A. Szczęsna [2007] s. 106 i n.

obszaru celów kognitywnych ma dać wiedzę o przypadkach wzorcowych „i sposobach ich faktualnej i etycznej konceptualizacji” oraz znajomość stosowanych argumentów za lub przeciw takiemu lub innemu rozstrzygnięciu analizowanych kazuśw paradygmatycznych.

- Funkcją drugiego obszaru celów poznawczych jest zapoznanie słuchaczy z zasadami i teoriami etycznymi. Jednakże wiedza ta – zdaniem autorki – pełni „rolę tylko pomocniczą, aplikacyjną lub hermeneutyczną”.

- Trzeci obszar zarezerwowany jest dla wiedzy o „obowiązujących środowisko medyczne regulacjach deontologicznych i prawnych”. Jak zauważa A. Szczęśna, studenci często wskazują na te regulacje „jako na najważniejszy element nauczania etyki medycznej, widząc w nich ‘te właściwe’ rozwiązania moralnych problemów ich przyszłego zawodu”. Obserwację tę potwierdza także i moje doświadczenie dydaktyczne. Duże przywiązanie przyszłych lekarzy do gotowych „produktów regulacyjnych”, szczególnie w etyce powinno, moim zdaniem, zaniepokoić nauczycieli bioetyki.

b. Drugą grupę celów tworzą cele praktyczne (behawioralne). Jak podaje Catherine Myser, wiążą się one z takimi „profesjonalnymi umiejętnościami” jak specyficzna dla bioetyki sztuka komunikacji z pacjentami i ich bliskimi. Ważne jest także wyrobienie umiejętności zastosowania zdobywanej wiedzy etycznej i zdolności analitycznych, nabywanych w trakcie dyskusji kazuśw wzorcowych, do wymogów dobrej praktyki klinicznej²⁸.

Ta grupa celów, zgodnie z zaproponowaną definicją bioetyki, służy przede wszystkim wyrabianiu umiejętności podejmowania decyzji, mającej za podstawę zdolność dostrzegania i rozwiązywania problemów moralnych. Cele praktyczne powinny być – jak sądzę – nadrzędnym zadaniem kształcenia bioetycznego. Podzielam tym samym pogląd Anny Szczęśnej.

c. Ostatnią grupę celów tworzą zadania afektywne. Według źródeł literaturowych zanalizowanych przez C. Myser, dotyczą one postaw i wiążą się z doskonaleniem, wspieraniem, utrzymywaniem albo co najmniej „nieumniejszaniem «cnotliwego» lub «humanistycznego» charakteru, osobowości, cech szczególnych i/ albo zachowania studentów medycyny”.

W odróżnieniu od poprzednich celów nie jest on powszechnie akceptowany. Tę rezerwę dobrze oddaje zawarta w wypowiedzi Myser gradacja, będąca swoistym „zmniejszaniem się ambicji” omawianego celu. Tytułem przykładu: zespół autorów artykułu w „New England Journal of Medicine” sądzi, że nauczanie bioetyki jest „planowane nie dla ulepszania moralnych charakterów przyszłych

²⁸ Myser [1998] s. 487.

lekarzy, lecz dla wyposażenia tych, którzy mają zdrowy moralny charakter w intelektualne narzędzia i interakcyjne umiejętności dawania temu moralnemu zachowaniu jego najlepszej behawioralnej ekspresji”²⁹.

Bardziej radykalni są dwaj prominentni bioetycy kanadyjscy. Ich zdaniem, budowanie charakteru albo wpajanie cnót nie jest celem edukacji bioetycznej lekarzy, chociaż może okazać się to wtórną korzyścią realizacji dwu pierwszych zadań³⁰.

Można z dużym prawdopodobieństwem założyć, że w polskiej kulturze medycznej, przywiązanej do etyki cnót i kształcenia dobrego lekarza, oba przywołane stanowiska nie spotkają się z aprobatą i zrozumieniem. O sile tego przywiązania świadczy tytuł pierwszej po transformacji ustrojowej konferencji poświęconej nauczaniu bioetyki w uczelniach medycznych. Przeprowadzona przez Polską Akademię Umiejętności 10 lutego 1997 roku z inicjatywy Kornela Gibińskiego ówczesnego przewodniczącego Komisji Etyki Medycznej nosiła nazwę: *Kształtowanie postaw etycznych lekarzy*³¹.

Bioetyków jako bioetyków kształci na studiach doktoranckich Case Western Reserve University – największa prywatna badawcza uczelnia stanu Ohio. Oferowany przez nią program obejmuje następujące cele³²:

a. wyrabianie – wymaganych metodologią normatywnych analiz bioetycznych – specyficznych umiejętności konceptualizacji, planowania i prowadzenia interdyscyplinarnych badań w obszarze bioetycznych zagadnień,

b. uczenie sposobów integracji zdolności nabytych przez słuchaczy w macierzystych dyscyplinach z naukowym podejściem właściwym pozostałym fakultetom niezbędnym dla prowadzenia wielowymiarowych analiz bioetycznych badanych problemów.

Podobnie ujmuje oba te cele Ana Iltis³³. Według autorki przyjmującej metodologiczne założenie o interdyscyplinarności bioetyki, „bioetyk jest osobą kształconą w umiejętności gromadzenia, syntezy i integrowania danych z wielu dyscyplin oraz używania tych danych w rozwiązywaniu problemów związanych z etyką praktykowania opieki zdrowotnej i badań naukowych w tej dziedzinie, wytycznych, postępów w biotechnologii i innych zagadnień typowo łączonych z nazwą «bioetyka»”.

²⁹ Culver i wsp. [1985] s. 235.

³⁰ McKneally i Singer [2001] s. 1164.

³¹ Gibiński [1997].

³² <http://www.case.edu/med/bioethics/phd.htm>

³³ Iltis [2006] s. 629-41.

c. Uczenie doktorantów umiejętności kierowania zespołami niezbędnymi do takich analiz i ich finansowania.

Będąc uczelnią badawczą Case Western Reserve University nie ujmuje tak ważnych dla kształcenia bioetyka celów jak:

d. wyrabianie zdolności facylitatora dyskursu bioetycznego,

e. kształtowanie umiejętności konsultacyjnych, mediacyjnych, a także arbitrażowych, gdyż ostatnio coraz częściej mówi się o arbitrażu jako alternatywnym wobec procesów sądowych rozwiązywaniu sporów i konfliktów w opiece zdrowotnej.

f. Edukowanie dydaktyczne do zadań nauczyciela bioetyki.

4. W jakiej formie i kiedy powinno się nauczać bioetyki?

Odpowiedzią na pierwszą część postawionego pytania są propozycje trzech modeli przeddyplomowego nauczania bioetyki:

a. jako osobnego przedmiotu – kształcenie wyodrębnione,

b. cyklu zajęć ściśle złączonego z przedmiotami klinicznymi – kształcenie zintegrowane,

c. złączenie to, w ekstremum, może prowadzić nawet do całkowitego wtopienia bioetyki w kurs medyczny – kształcenie implicite. Jest to obecnie, o ile mi wiadomo, wyłącznie postulowany sposób nauczania³⁴ i w dalszej części artykułu pomnę go milczeniem.

Druga część pytania doczekała się w literaturze dosyć zgodnej odpowiedzi: bioetyki należy nauczać przez wszystkie lata studiów (integracja pionowa) i w sposób skorelowany z resztą medycznego kursu na każdym roku (integracja pozioma).

Zwolennicy formalnego wyodrębnienia bioetyki i nadania mu statusu samodzielnego przedmiotu obawiają się, że:

a. trzonem fachowców nauczających bioetyki zintegrowanej z fakultetem medycznym będą klinicyści, traktowani przez władze uczelni, studentów (i przez siebie samych) jak eksperci w sprawach etycznych. Niepokój ten, przynajmniej częściowo, może mieć podstawę w stanowisku dwu prominentnych bioetyków kanadyjskich. Według nich głównymi nauczycielami bioetyki powinni być „zainteresowani w niej i cieszący się szacunkiem klinicyści”. W odróżnieniu od nauczycieli nieklinikistów są oni praktykami i nabywają wiedzy w czynnej pracy z pacjentami. Należy ich tylko zachęcać, aby przeszli dodatkowe szkolenie z etyki³⁵.

³⁴ Szewczyk [2009e] s. 3.

³⁵ McKneally i Singer [2001] 1163-64.

Dominacja klinicystów w dydaktyce spowoduje zamykanie dyskusji omawianych na zajęciach zagadnień w kręgu partykularnej tradycji medycznej i umocni istniejące status quo³⁶. W polskich warunkach może to być przede wszystkim wzmacnianie paternalizmu, przywiązania do tradycyjnej deontologii i nie zawsze wskazanej solidarności członków profesji. Z punktu widzenia przyjętej w tekście definicji bioetyki jest to poważna wada tego modelu, znacznie utrudniająca uspołecznienie i demokratyzację procesu decyzyjnego w medycynie.

b. Scedowanie zasadniczego ciężaru dydaktyki na lekarzy i zintegrowanie z kliniką zwiększy wpływ tzw. „ukrytego curriculum” na edukację bioetyczną. „Terminu «ukryte curriculum» używa się do opisu niezamierzonego przekazywania mniemań i zachowań przeciwstawianego intencjonalnemu nauczaniu wiedzy i umiejętności. Ukryte curriculum jest tworzone przez wartości przyjmowane implícite w instytucji nauczającej i przesyłane poprzez przekazy słowne i niewerbalne”³⁷.

Cytowani autorzy obawiają się, że wystawienie studentów na realne życie kliniki może wywierać na nich większy – często negatywny – wpływ niż formalne nauczanie. Ich obawy znajdują empiryczne potwierdzenie. Badania francuskie pokazują „istnienie erozji etycznej klinicznej wrażliwości w trakcie kształcenia przeddyplomowego”³⁸. Także polscy autorzy z Lublina stwierdzają podobne niepokojące zjawisko. Z ich studium wynika, że „im bliżej uzyskania dyplomu i podjęcia życia zawodowego, tym mniejsza potrzeba i znaczenie oceny i refleksji etycznej w poszczególnych «działaniach» lekarzy”³⁹.

Można przyjąć założenie, że główną przyczyną tych wysoce niekorzystnych procesów jest omawiane zjawisko. Stąd właściwa dydaktyka bioetyki „wymaga, aby lekarze i studenci rozpoznawali wielką rolę ukrytego kursu w efektywnym nauczaniu”⁴⁰. Może ona być pozytywna, jeśli edukacja implícite będzie prowadzona właściwie i przez należycie wykształconych nauczycieli bioetyki. Niestety, cytowane badania pokazują, że obecnie oddziaływanie edukacyjne ukrytego kursu jest wysoce negatywne.

c. Złączenie bioetyki z fakultetem medycznym i wpływ ukrytego kursu wzmocni tendencję do przyjmowania zdroworozsądkowych rozstrzygnięć problemów etycznych w klinice i nasili niechęć do szerszego filozoficznego i kultu-

³⁶ Nicholas [1999] s. 510.

³⁷ Masson i Brazeau-Lamontagne [2006] s. 581-82.

³⁸ Barrier i wsp. [2005] s. 128.

³⁹ Patryń, Sak i wsp. [2007] s. 156.

⁴⁰ Masson i Brazeau-Lamontagne [2006] s. 582.

rowo-społecznego spojrzenia na moralną stronę profesji lekarskiej i podejmowania decyzji w systemie opieki zdrowotnej.

d. Podnoszone są obawy, że zajęcia z bioetyki całkowicie zintegrowane z programem nauczania na fakultetach medycznych wymkną się spod kontroli osób odpowiedzialnych za ich nauczanie⁴¹. Spowoduje to trudności w opracowaniu spójnego i logicznego sylabusu oraz we właściwej jego realizacji.

Krytycy formalnego wyodrębnienia bioetyki w osobny przedmiot przytaczają następujące argumenty:

a. sprzyja ono postawie „zaliczyłem bioetykę i mogę o niej zapomnieć”. Moja praktyka nauczycielska pozwala mi stwierdzić, że jest to postawa nader wśród studentów rozpowszechniona, szczególnie wśród przyszłych medyków mających dzięki specyfice studiów doskonale rozwiniętą pamięć krótką.

b. Nie jest w stanie ukazać wszechobecności dylematów moralnych w medycynie (a także w systemie opieki zdrowotnej). Inaczej mówiąc, utrudnia zrozumienie faktu, że medycyna jest w pierwszym rzędzie działalnością moralną i ten jej aspekt jest stale obecny w procesach decyzyjnych.

Ta obawa przyjmuje niekiedy skrajną postać. Jej przykładem jest pogląd Davida Seedhousa. Twierdzi on, że nie ma takiej specjalności jak „etyka medyczna”. Są dwa powody tego stanu rzeczy. Po pierwsze, „nie jest możliwe odróżnienie problemów etycznych od nieetycznych w opiece zdrowotnej istot żywych. W konsekwencji, etyka medyczna nie może być przedmiotem studiów”. Po drugie, „Etyka medyczna nie ma rozstrzygającego rdzenia wiedzy albo teorii i jest pasożytem na moralnej filozofii i klinicznej praktyce”⁴². Za częściowe usprawiedliwienie tej skrajności można uznać datę opublikowania artykułu – 1995 rok. Jak będę pisał niżej, był to dopiero początek „bioetycznej rewolucji dydaktycznej” i fakultet ten zaczynał dopiero znajdować miejsce w medycznym kursie.

c. Wyodrębnienie bioetyki sprzyja zdominowaniu nauczania przez filozofów bądź teologów, co może skutkować przeładowaniem programu ogólnymi teoriami etycznymi bez znacniejszego odniesienia do praktyki medycznej i uczynić bioetykę przedmiotem nudnym, mało zrozumiałym i w odczuciu studentów nieprzydatnym. Bioetyka nauczana w ten sposób będzie traktowana przez władze i establishment lekarski uczelni jako przedmiot mało poważny (*silly subject*) i mający bardzo luźny związek z życiem klinik. Może pojawić się wówczas niebezpieczeństwo zlecenia jej dydaktyki ludziom bez bioetycznego specjalistycznego przy-

⁴¹ Mattick, J. Bligh [2006] s. 184.

⁴² Seedhouse [1995] s. 45.

gotowania, zarówno filozofom/teologom, jak i lekarzom – „a to by było gorsze niż nieprzydatność” przedmiotu⁴³.

Bioetyka traktowana jako „miękką opcja” i niefachowi nauczyciele mogą kusić do ograniczania czasu przeznaczanego na jej nauczanie, zawsze przecież będącego dobrem deficytowym. W Polsce, jak wynika z moich fragmentarycznych obserwacji, jest to bardzo realne zagrożenie.

Obecnie panuje powszechna zgoda, że nauczanie bioetyki powinno być zintegrowane pionowo i poziomo z resztą medycznego kursu zarówno w edukacji przed jak i podyplomowej⁴⁴. Niestety, są kłopoty z pełną integracją. Powoduje je wiele czynników. Jednym z najważniejszych jest brak dostatecznie wykształconej kadry bioetyków. Zjednoczone Królestwo, o ile mi wiadomo, wysuwa się na pierwsze miejsce w łączeniu kursu bioetyki z całością programu nauczania⁴⁵.

Nie ma natomiast tak powszechnego konsensusu, co do stopnia integracji poziomej. Cytowani już kanadyjscy autorzy postulują nauczanie bioetyki „przy łóżku albo w klinice” i – przypomnę – przez lekarza „interesującego” się bioetyką. Tak ściśle złączenie można, jak sądzę, traktować jak wstęp do kształcenia *implicite*. Kanadyjczycy nie znają jednak „modelu” takiego nauczania. Moim zdaniem zbliża się do niego dydaktyka bioetyki na uniwersytecie w Maastricht. Grupa 7-8 studentów w trakcie zajęć klinicznych z położnictwa i ginekologii, interny, neurologii i pediatrii spotyka się – w zależności od czasu przeznaczanego na każdy przedmiot – co 2, 3 albo 4 tygodnie w porze *lunchu*. Godzinne zajęcia prowadzone przez klinicystę i „moralnego filozofa” przeznaczone są na dyskusję przypadku prezentowanego przez studenta, najlepiej dotyczącego pacjenta, którego badał⁴⁶.

„Zorientowany na kazusy” model przyjęty w Maastricht – jak wynika z przywołanego artykułu – ma przynajmniej część wad, na które wskazywali zwolennicy formalnej niezależności bioetyki, przede wszystkim – niedostatki w teoretycznym ugruntowaniu bioetyki, i to mimo obecności filozofa moralnego.

Zbudowanie „tandemu nauczającego” – klinicysta i bioetyk – jest powszechnie zalecane przed autorów piszących o dydaktyce bioetyki. Następujące powody zadecydowały o wprowadzeniu tego rozwiązania na uniwersytecie w Lund:

⁴³ Dickenson i Parker [1999] s. 232.

⁴⁴ Myser [1998] s. 493.

⁴⁵ Mattick i Bligh [2006] s. 183.

⁴⁶ ten Have [1995] s. 34-38.

a. klinicysta może kompetentnie przedstawić i wyjaśnić stronę medyczną omawianego przypadku/problemu oraz odpowiedzieć na ewentualne pytania i wątpliwości studentów dotyczące tej materii,

b. etyk profesjonalnie jest przygotowany do prezentowania w ten sam sposób etycznego aspektu przykładu/problemu,

c. bioetyk może pomóc w badaniu konsekwencji rozmaitych założeń normatywnych, w świetle których dyskutowany jest przypadek/problem,

d. obaj efektywniej niż w pojedynkę przyczyniają się do rozwijania konstruktywnego dialogu ze studentami⁴⁷. Od siebie dodam jeszcze, że tandem nauczający:

e. skutecznej może zapobiegać pokusie, z jednej strony, nadmiernemu wysyceniu zajęć problematyką teoretyczną i związaną z tym nudą, z drugiej zaś – zbyt niemu ich uproszczeniu i zdominowaniu przez zdroworozsądkowy dyskurs medyczny. W stylizacji pozytywnej ujmując tę zaletę:

f. tandem edukacyjny pozwoli na właściwe wyważenie zasygnalizowanych przez A. Szczęsną trzech obszarów poznawczej grupy celów nauczania bioetyki. Dostarczając wiedzy o aktualnych debatach biotycznych, nie utopi jej jednocześnie w teoretycznych spekulacjach albo nie rozpuści w kodeksowych unormowaniach jako produktach regulacyjnych dostarczających gotowych rozwiązań.

Aby zapobiec wspomnianemu już niebezpieczeństwu utraty kontroli nad zintegrowanym procesem dydaktycznym, potrzebny jest silny ośrodek odpowiadający za ten proces i kierujący nim, np. Katedra Bioetyki. Jest on także niezbędny, aby skutecznie przeciwstawiać się skłonności władz uczelni medycznych do uznania bioetyki za niepoważny przedmiot.

Kłopot sprawia konieczność uwzględniania wielodyscyplinarnej natury bioetyki. Nie bardzo wiadomo jak pogodzić oba te wymogi. Czy rozbudowywać już istniejące jednostki organizacyjne, np. w katedrze tworząc zakłady nauk niezbędnych dla nauczania i uprawiania bioetyki, w tym przede wszystkim psychologii, socjologii i prawa. Co jednak z klinicystami, czy mają podlegać kierownikowi katedry? Pytanie jest istotne, jeśli zważyć, że bioetyki uczą się nie tylko na wydziałach lekarskich. Autorka *Raportu* kończącego nordyckie seminarium dotyczące nauczania bioetyki, jako możliwe rozwiązanie proponuje klasterową organizację, w której różne fakultety i jednostki organizacyjne wspólnie pracują tworząc Nordycki Instytut Bioetyki⁴⁸.

⁴⁷ Hermerén [2002] s. 34-35.

⁴⁸ Klungland [2002] s. 141.

W Polsce proces łączenia należałoby zacząć na poziomie uczelni. W realiach naszego kraju najważniejsze ze względów czysto pragmatycznych jest nauczanie bioetyki jako formalnie wyodrębnionego przedmiotu.

5. Jak powinno się nauczać bioetyki?

W literaturze przedmiotu wyrażana jest powszechna zgoda, że nauczanie bioetyki powinno odbywać się w małych seminaryjnych grupach 7-8, maksymalnie 12 osób. Wykłady dla większej liczby słuchaczy należy ograniczyć do minimum lub zrezygnować z nich całkowicie. Z moich doświadczeń dydaktycznych wynika, że optymalna liczba wykładów to 3 jednostki po dwie godziny lekcyjne każda. Powinna je prowadzić osoba kierująca w uczelni/wydziale nauczaniem bioetyki, zazwyczaj szef zakładu. Wykłady służą bowiem podaniu podstawowych teoretycznych wiadomości o przedmiocie i samoprezentacji osoby kierującej jego nauczaniem. Jak pisałem w punkcie omawiającym cele kształcenia, wiedza teoretyczna pełni rolę pomocniczą w dyskusji przypadków wzorcowych i nie powinna być zbyt mocno separowana od seminariów.

Najbardziej polecaną podstawą nauczania na seminariach jest kazuistyka⁴⁹, przy założeniu, że dobór przykładów uwzględni zarówno przypadki paradygmatyczne i klasyczne, w tym rzadkie i egzotyczne, jak i przypadki z codziennej praktyki medycznej. Bardzo ważne dla nauczania bioetyki jako etyki systemów opieki zdrowotnej w społeczeństwach demokratycznych jest szerokie uwzględnianie kontekstu społecznego, ekonomicznego, politycznego i instytucjonalnego omawianych przypadków⁵⁰.

Jako metodę dydaktyczną wykorzystywaną na seminariach powszechnie zaleca się nauczanie problemowe. Jak stwierdza zwolennik tej metody, wprowadzonej w uniwersytecie w Oslo, reprezentuje ona „powrót do kameralnej skali i przestrzeni nauczania przyjętej przez starożytnych gigantów etyki, Sokratesa i Platona: *moralnego dialogu w małych grupach uczestników*”⁵¹.

Bardzo podobną metodę dydaktyczną poleca i stosuje Dieter Birnbacher, niemiecki filozof i etyk, zespoły seminaryjne nazywając „sokratejskimi grupami roboczymi” (SGR)⁵². Jego zdaniem grupy te nie są już „dialogiem między nauczycielem a studentem, ale «polilogiem», w którym każdy z uczestników wspólnej dyskusji spełnia funkcję położnej filozoficznych odkryć każdego innego dyskutanta-

⁴⁹ Przyłuska-Fischer [2007] s. 132-138.

⁵⁰ Myser [1998] s. 492.

⁵¹ Solbakk [2002] s. 111-120.

⁵² Birnbacher [1999] s. 219-224.

ta, w celu wydobycia na światło jednej i tylko jednej filozoficznej prawdy dzielonej przez grupę jako całość”. Polilog ćwiczy zatem umiejętność osiągnięcia konsensusu. A czasem pokazuje, że nie jest on możliwy i dlatego tak właśnie się dzieje.

Metodę sokratejskich grup roboczych można potraktować jako przystosowanie nauczania problemowego do natury i zadań bioetyki. Pozwala ona na zachowanie jej interdyscyplinarności i ważnej funkcji, jaką jest demokratyzacja i uspołecznienie medycyny/systemu opieki zdrowotnej. Umożliwia także, pisze Birnbacher, lepsze uwzględnianie Sokratejskiej idei etyki „jako raczej *praktyki* aniżeli *teorii*, jako *aktywności* raczej niż *obiektu doktryny*”. Aktywistyczne ujęcie etyki koresponduje z przyjętą definicją bioetyki zogniskowanej na procesach podejmowania decyzji w systemie opieki.

SGR, bardziej niż klasyczne nauczanie problemowe, wyznacza nauczycielom rolę „facylitatora” dyskusji, generalnie kierującego się regułą niedyrektywności. „Jego zadanie, twierdzi D. Birnbacher, nie polega na *uczeniu* uczestników, lecz na *prowadzeniu* dyskutantów do ich własnych konkluzji”. Bioetyk-facylitator jest szeroko uznawany w literaturze przedmiotu i jest zgodny z nurtem demokratyzacji i socjalizacji medycyny, opierającym zgodę i decyzję na pełnym konsensusie zainteresowanych stron⁵³.

Jednakże w nauczaniu bioetyki, szczególnie na poziomie przeddyplomowym, tak rygorystycznie przestrzegana funkcja facylitatora i reguły niedyrektywności jest postulatem, jak sądzę, tyleż niemożliwym do spełnienia, co szkodliwym. Niemożliwym między innymi dlatego, że studenci często „oczekują od nauczyciela wyrażenia zdania, czasami tylko przez ciekawość, czasami by się nim przejąć lub je zwalczać”⁵⁴. Tę obserwację A. Szczęsnej potwierdza także moja praktyka dydaktyczna. Zgadza się z nią również Birnbacher. Taki treściowy wkład nauczyciela może być w pewnych okolicznościach „niesłuchanie pomocny”, np. przy wyprowadzaniu dyskusji z impasu, w który wpadła. Dlatego też proponuje on złagodzenie tej reguły.

Całkowita niedyrektywność może być szkodliwa, jeśli ją odniesiemy do rezultatów dyskusji. Inaczej mówiąc, bezstronność będąca uzasadnieniem omawianej zasady, odnosić się powinna tylko do uczestników sokratejskich grup roboczych i ich poglądów. Nauczyciel musi natomiast baczyć, aby decyzja będąca efektem dyskusji była zgodna, najogólniej mówiąc, z treściowymi, społecznie akceptowanymi standardami moralnymi. Powinien ją także konfrontować z obowiązującym prawem i regulacjami etycznymi.

⁵³ Szewczyk [2009b] s. 16.

⁵⁴ Szczęsna [2007] s. 110.

Autorzy zajmujący się dydaktyką bioetyki są także zgodni, że na jej nauczanie powinno się przeznaczać ok. 50-60 godzin lekcyjnych. Klinicysta Krzysztof Marczewski proponuje – „Minimalny wymiar zajęć: 50 godzin i 6 punktów ECTS. Pożądany wymiar zajęć: 60 godzin – 8 punktów ECTS”. Postuluje także ramowy podział programu nauczania: „część podstawowa, jednolita w U(nii) E(uropejskiej) 60%; część specyficzna dla każdego z krajów (regionów?) 40%”⁵⁵.

Godnym odnotowania postulatem wynikającym z interdyscyplinarnego charakteru bioetyki jest propozycja nauczania w wielospecjalistycznych grupach studenckich, np. składających się z przyszłych lekarzy i pielęgniarek, którzy w życiu zawodowym będą musieli współpracować⁵⁶.

Osobnym zagadnieniem, niestety praktycznie nie znajdującym odzwierciedlenia w literaturze przedmiotu, jest kształcenie bioetyków. Można jednak założyć, że i na tym poziomie edukacji zajęcia w małych grupach prowadzone sokratejską metodą zalecaną przez Birnbachera byłyby bardzo wskazane. Nadto, konieczne – ze względu na interdyscyplinarność fakultetu – jest nauczanie w zespołach słuchaczy z różnych fakultetów macierzystych, składających się przede wszystkim z lekarzy, filozofów, prawników, socjologów, psychologów i ekonomistów. Wielodyscyplinarny skład słuchaczy wynikający z interdyscyplinarności bioetyki sprawia, że optymalnie – i kładę na to duży nacisk – studia bioetyczne powinny być studiami III stopnia (doktoranckimi).

6. Co powinien uwzględniać program nauczania bioetyki?

W obecnym punkcie, z powodów już wymienionych, odpowiedź na postawione pytanie ograniczę się do nauczania przeddyplomowego studentów medycyny. Marginalnie tylko, zobligowany wagą kształcenia bioetyków, wspomnę o ich curriculum.

W przeciwieństwie do obszernej dyskusji dotyczącej metodyki nauczania, o samej treści programów bioetyki mówi się mało. Wstrzemięzliwość ta charakteryzuje także rozważania nad edukacją bioetyków. Zdaniem cytowanej już Any Iltis powinna ona uwzględniać dyscypliny mające znaczący udział w bioetyce. Za takie fakultety autorka uznaje: „prawo; medycynę, pielęgniarstwo i inne nauki o zdrowiu; filozofię; nauki „twarde” (ścisle?); religię i teologię; literaturę; nauki społeczne, takie jak ekonomia, socjologia i antropologia; psychologię; zarządzanie opieką zdrowotną; zdrowie publiczne i epidemiologię”. Płyną z nich najważniejsze dane, które musi umieć zbierać i wykorzystywać zawodowy bioetyk.

⁵⁵ Marczewski [2007] s. 46.

⁵⁶ Myser [1998] s. 495.

Itlis dodaje, że w różnych, specyficznych dla bioetyki miejscach pracy jej przedstawiciele, konieczne są też dodatkowe umiejętności dla właściwego spełniania ich roli, np. nauczyciela, badacza, konsultanta etycznego czy członka etycznych ciał zbiorowych.

W tej sytuacji godny odnotowania jest *The European Biomedical Ethics Practitioner Education Project* prowadzony w latach 1996-1997 w ramach programu BIOMED II⁵⁷. Jego uczestnicy z „całej Europy” (Polski nie było wśród nich) identyfikowali „palące problemy” bioetyki w ich krajach oraz opracowywali odnoszące się do nich przypadki i artykuły. Na podstawie tego materiału w londyńskim Imperial College School of Medicine opracowano 7 następujących „modułów” nauczania:

- a. dystrybucja zasobów i ich racjonowanie,
- b. prawa dzieci i młodzieży,
- c. opieka długoterminowa nad osobami w podeszłym wieku,
- d. zdrowie i choroby psychiczne,
- e. autonomia i wybór pacjenta,
- f. decyzje u końca życia.

Warto zauważyć, że pierwszy z modułów silnie wiąże się z zakresowym ujęciem bioetyki jako etyki systemów opieki zdrowotnej.

Niestety, uczestnikom projektu nie udało się osiągnąć konsensusu, co do szczegółowej treści tych modułów. Na przeszkodzie stanęło, wyspecyfikowane właśnie w tym projekcie, trojaki rozumienie autonomii pacjenta i przyjmowanych sposobów rozstrzygania konfliktów etycznych:

a. model deontologiczny bazujący na kodeksach, charakterystyczny dla krajów południowej Europy (Włochy, Francja) oraz Irlandii. Dodam, że ten model jest także przyjmowany w Polsce przez środowiska lekarskie i część wykładowców nauczających bioetyki. W sposobie tym pacjent ma pozytywny obowiązek zastosowania się do zaleceń lekarza i maksymalizowania swojego zdrowia. Interesujące byłoby zbadanie, jak ten model wpływa na ukryte curriculum, czyli na zderzenie oficjalnego nauczania o wadze praw pacjenta z tradycją kultywowaną w świecie medycznym, nakazującą podopiecznym paternalistyczne w istocie rzeczy podporządkowanie się dyspozycjom lekarza.

Z modelem tym nieodłącznie wiąże się zasygnalizowane już akcentowanie etyki cnót i roli dobrego-lekarza w procesie decyzyjnym. Dlatego też w ostatniej instancji to siłą jego oddziaływania można, jak miemam, wytłumaczyć wspomnianą, rysującą się groźbę rozpadu wspólnoty leczących i leczonych na dwa

⁵⁷ Dickenson i Parker [1999] s. 232-36.

wrogie obozy. Omawiane zagrożenie już zaczyna nabywać instytucjonalnego ciała: powoływania rzeczników obrony praw lekarza jako swoistej kontry Rzecznika Praw Pacjenta.

b. Model liberalny oparty na prawach, przyjmowany w Zachodniej Europie, przede wszystkim w Anglii i Holandii. Pacjent uzyskuje w nim mocne prawo pominięcia lekarskich opinii. Inaczej mówiąc, model ten akcentuje negatywny aspekt zasady poszanowania autonomii pacjenta.

Sposób liberalny jest najbardziej zbliżony do bioetyki uprawianej w USA, w szczególności do etyki czterech zasad Beauchampa i Childressa. Po jego podbudowaniu substancjalną podstawą pryncypiów sformułowanych w *Deklaracji barcelońskiej*, byłby to moim zdaniem model godny implementacji w Polsce, gdyż dobrze wyważa akceptowanie jednostkowych praw pacjentów z ideą uspołecznienia procesu decyzyjnego w systemie opieki, zawartą w postulowanej definicji bioetyki.

c. Model społeczno-welfarystyczny, właściwy krajom nordyckim. Koncentruje się na pozytywnych prawach i uprawnieniach obywateli do powszechnej opieki zdrowotnej. Rozwiązywanie konfliktów powierza urzędnikom państwowym, np. rzecznikom praw obywatela. Jest to, jak sądzę, model właściwy zamożnym krajom, mającym zaufanie do władz administracyjnych, a z oboma tymi wyróżnikami w Polsce nie jest najlepiej.

Mimo braku konsensusu, co do treści programu nauczania bioetyki spowodowanego wymienionymi okolicznościami, wydano podręcznik będący jednym z efektów projektu⁵⁸.

7. Edukacja bioetyczna w Polsce - trudności i postulaty

W artykule poprzestaną wyłącznie na zasygnalizowaniu najważniejszych, moim zdaniem, przeszkód edukacji bioetycznej i podaniu kilku postulatów pozwalających na ich – co najmniej – złagodzenie.

Zasadnicza trudność we wdrożeniu na wydziałach lekarskich (bo do nich się tylko ograniczę) właściwego treściowo i formalnie nauczania bioetyki wynika z sytuacji politycznej Polski. Jesteśmy krajem „transformacji ustrojowej” budującym, mniej lub bardziej udanie, struktury demokratycznego państwa i społeczeństwa. Na determinanty polityczne właściwe krajom Europy Środkowej i Wschodniej dokonujących transformacji nakładają się specyficznym polskie czynniki kulturowe, sprzyjające konserwowaniu deontologicznego modelu rozwiązywania procesów

⁵⁸ Parker i Dickenson [2001].

decyzyjnych oraz niebagatelnemu światopoglądowemu wpływowi Kościoła katolickiego.

Między tymi okolicznościami dochodzi do wzajemnego wzmacniania się, hamującego tempo rewolucji bioetycznej. Nieomal mocą samej definicji bioetyki, jako etyki systemów opieki zdrowotnej w społeczeństwach demokratycznych, rewolucja bioetyczna może bowiem w pełni dokonać się w krajach o ugruntowanej demokracji i strukturach obywatelskich. Teza ta znalazła solidne poparcie empiryczne⁵⁹.

Aby wdrażanie bioetyki do programów nauczania na fakultetach medycznych nie było tylko fasadą rewolucji bioetycznej, powinna jej towarzyszyć – nazwę ją – „rewolucja edukacyjna”. A tę cechuje dosyć duża bezwładność. Na przykład w Anglii lekarze praktycy i ciała ich reprezentujące zaczęli dopiero (i już) od pierwszej połowy lat 90. ubiegłego wieku domagać się nauczania bioetyki i przestali ją traktować „jak wrzutkę podstępnie podsunietą przez filozofów żądnych zamienić gaje akademii na ekscytacje izby przyjęć”⁶⁰.

W cytacie tym kryje się też dobrze zakamuflowana niechęć filozofów i teologów „głównego nurtu” do ich kolegów zajmujących się uprawianiem i dydaktyką bioetyki mało, ich zdaniem, angażującej intelektualnie i podatnej na podejrzaną ekscytację. W konsekwencji bioetycy poświęcający się jej całkowicie – co najmniej do czasu rewolucji edukacyjnej – byli traktowani jak autsajderzy z „wnętrza” własnej dyscypliny macierzystej i jednocześnie jako „obcy”, przybysze z zewnątrz medycyny: byli być może czymś „więcej niż gościem, ale nie całkiem jeszcze rodziną”⁶¹. W tym „syndromie osierocenia” przejawia się również brak zrozumienia dla systemowej natury bioetyki będącej składnikiem systemu opieki, a nie częścią medycyny czy filozofii.

O dużej bezwładności rewolucji edukacyjnej bodaj najbardziej spektakularnie świadczy, sygnalizowany już, niedobór bioetyków jako bioetyków i dojmujący deficyt nauczycieli bioetyki.

W Polsce rewolucja bioetyczna jest jeszcze w stadium początkowym, rzecz można, zaczyna się dopiero tlić. Za tak niekorzystną diagnozą przemawiają:

a. instytucjonalna słabość bioetyki. Nie mamy opiniotwórczego ciała na szczeblu państwa, jak Narodowa Rada Bioetyki, funkcjonującego w wielu krajach. Z jednym, o ile wiem, chwalebny wyjątkiem, nie ma szpitalnych komisji etycznych, na które istnieje spontaniczne „oddolne” ze strony klinicystów zapotrzebo-

⁵⁹ Steinkamp i wsp. [2007] s. 461-75.

⁶⁰ Dickenson i Parker [1999] s. 232.

⁶¹ Nicholas [1999] s. 511.

wanie w państwach Europy Zachodniej. Można je uznać także za przejaw dokonanej rewolucji dydaktycznej.

b. Pełne luk bioprawo. O jego zapóźnieniu dowodnie świadczy ostatnia dyskusja wokół projektu „ustawy Gowina” i testamentowej dyspozycji życiem.

c. Skłonność świata lekarskiego do redukcji bioetyki do przepisów kodeksowych, traktowanych jak zasady dedukowane „z ogólnych norm etycznych” (Art. 1 paragraf 1. *Kodeksu etyki lekarskiej*). Przepis ten nie pozostawia wątpliwości, że etyka lekarska jest dla autorów KEL etyką aplikacyjną (szczegółową). „Aplikatorem” zaś może być praktycznie jedynie profesja medyków. Tezę tę poświadcza stanowisko Konstantego Radziwiłła Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Nie ma on wątpliwości, że redaktorami kodeksu czyli „ekspertami” w „dziedzinie etyki lekarskiej” mogą być „przede wszystkim członkowie samorządu [lekarskiego – K. Sz.]”⁶².

Polski „model deontologiczny” rozstrzygania konfliktów i podejmowania decyzji sprzyja silnemu paternalizmowi i lekceważy demokratyczny wymiar procesu decyzyjnego. Co więcej, akceptujący go samorząd lekarski uzurpuje sobie kuriozalny w demokracji przywilej de facto cenzurowania prawa stanowionego. Zgodnie z Art. 5 KEL „Izba lekarska jest zobowiązana[...] do starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej”.

d. Właściwa dla transformacji ustrojowej obecność wciąż jeszcze „autorytarnych struktur”⁶³, w tym także światopoglądowych. Taką strukturą usiłuje być jeśli nie całe środowisko lekarskie, to jego reprezentacja, co próbowałem wykazać w poprzednim podpunkcie. I w dużej mierze jej się to udaje. Drugą bardzo silną strukturą autorytarną jest Kościół katolicki. Relacje między Kościołem, demokracją i bioetyką są skomplikowane i nie ma miejsca w tym tekście na ich analizę. Wspomnę tylko, że jego członkowie uprawiający refleksję etyczną nad medycyną są zwolennikami etyki aplikacyjnej.

Tytułem przykładu: dla księdza Tadeusza Ślipki „Bioetyka jest[...] po prostu integralną częścią etyki normatywnej jako zastosowanie ogólnych zasad etycznych do szczegółowych dramatycznych sytuacji ludzkiego życia”⁶⁴. „W tej perspektywie – jak pisze komentator przywołanej definicji⁶⁵ – bioetyka jest wyszczególnionym działem filozoficznej etyki szczegółowej”. W komentarzu podkreśla się, między innymi, że etyka normatywna przynależy do filozofii, jest wła-

⁶² Radziwiłł [2003].

⁶³ Steinkamp i wsp. [2007] s. 472.

⁶⁴ Ślipko [1994] s. 17.

⁶⁵ Biesaga [2004] s. 11-12.

śnie „etyką filozoficzną”. Zaletą tak pojmowanego ujęcia ma być to, że „unieależnia bioetykę od nauk szczegółowych i medycznych”. „Ogólne zasady etyczne” są pryncypiami „filozofii chrześcijańskiej”, jak stwierdza T. Ślipko, a więc partykularnej.

Efektom światopoglądowego zawłaszczania bioetyki przez samorząd medyków i Kościół może być specyficznie polska odmiana syndromu osierocenia, mianowicie nauczanie tego przedmiotu, łącznie z opracowaniem sylabusu, będzie powierzane w zależności od sytuacji, np. kadrowej, zatrudnionym w uczelni klinicyzom bez przygotowania etycznego albo filozofom bądź teologom, lekceważącym „szczegółową” wiedzę medyczną i reprezentujących częściową orientację etyczną.

Ponadto przywołane ujęcia bioetyki zmuszają do postawienia pytania: czy „ogólne normy etyczne” w ujęciu redaktorów KEL mają takie samo pochodzenie co „ogólne zasady etyczne” w rozumieniu T. Ślipki? Odpowiedź pozytywna świadczy o sile Kościoła jako autorytarnej struktury światopoglądowej, negatywna – domaga się pełniejszego uprawomocnienia tej „ogólności”. Czy są to tzw. uniwersalne zasady etyki ogólnoludzkiej, do której odwołują się politycy związani światopoglądowo z Kościołem. Według Jarosława Gowina, „polityk ustanawiając prawo powinien kierować się [...] uniwersalnymi zasadami moralnymi i wiedzą naukową⁶⁶”.

Pełniejsze uzasadnienie jest konieczne przede wszystkim z powodu umieszczenia w ministerialnych *standardach kształcenia* bardzo podobnie brzmiącego sformułowania. Ze względu na dydaktyczną wagę warto przywołać *standardy w całości*⁶⁷. „*Treści kształcenia: Podstawowe pojęcia etyki oraz deontologii ogólnej i lekarskiej. Kodeks etyki lekarskiej. Regulacje dotyczące etyki zawodowej lekarza w Polsce i na świecie. Efekty kształcenia – umiejętności i kompetencje: rozumienia i uzasadniania ponadczasowych (podr. – K.Sz.) lekarskich norm etycznych; rozumienia i stosowania wzorów postępowania zawodowego i badawczego w medycynie*”.

Wspomniane sformułowanie to oczywiście „ponadczasowe normy”. Jednakże dydaktycy bioetyki twierdzą, że uczący tego przedmiotu powinni wiedzieć, że nie ma „zestawu uniwersalnych wartości” czy norm, które można „bezkrytycznie włączać do praktyki społecznej takiej jak medycyna”⁶⁸.

⁶⁶ Suchodolska [2009] s. 24.

⁶⁷ http://www.bip.nauka.gov.pl/_gALLERY/23/71/2371/54_kierunek_lekarski.pdf

⁶⁸ Nicholas [1999] s. 512.

Przedstawione minima programowe są realizacją skrajnej postaci deontologicznego modelu uprawiania etyki lekarskiej. Całkowicie zapoznają rewolucję bioetyczną i są zakorzenione niemal całkowicie w „przedrewolucyjnej” lekarskiej etyce kodeksowej. Świadczą też, że bioetyczna rewolucja edukacyjna jest jeszcze bardzo odległą perspektywą.

Zaprezentowana pesymistyczna diagnoza – jeśli jest prawdziwa – skłania do oszczędnego formułowania postulatów naprawy istniejącego stanu rzeczy, gdyż najważniejszym czynnikiem korekty jest czas, którego upływ pozwoli – miejmy taką nadzieję – na zbudowanie pełnej demokracji, wzrostu zamożności społeczeństwa i dokonanie się rewolucji bioetycznej oraz dydaktycznej. Do najważniejszych postulowanych zadań należy:

a. opracowanie i uruchomienie systemu kształcenia bioetyków nauczycieli i uczonych. Jest to zadanie najpilniejsze. Kształcenie bioetyków jest także konieczne ze względu na interdyscyplinarność tej dziedziny; tradycyjna droga nabywania kompetencji przez indywidualne badania własne jest w niej daleko niewystarczająca⁶⁹.

Wskazane byłyby, jak już postulowałem, wielodyscyplinarne studia doktoranckie. Dobrym miejscem uruchomienia takich studiów są uczelnie łączące fakultet medyczny z niemedycznym, jak – między innymi – Uniwersytet Jagielloński. Niestety, jest to logistycznie skomplikowane (dobór fachowej kadry) i kosztowne przedsięwzięcie.

b. Sporządzenie *szczegółowej* inwentaryzacji kadr, programów, metod, czasu nauczania bioetyki i jej integracji z kursem medycznym w poszczególnych uczelniach. Na początek na wydziałach lekarskich.

c. Przystąpienie do tworzenia silnego ośrodka zajmującego się edukacją bioetyczną, na wzór postulowanego przez kraje nordyckie. Powinny się do niego przyłączać ośrodki uczelniane (Katedry), tworząc sieć bioetyczną. Bez takiego ośrodka trudno będzie je budować. Zostaną zdominowane i zawłaszczane przez wymienione opcje światopoglądowe – medyczną albo filozoficzną.

Będzie się też nasilać, już obecna na uczelniach medycznych, tendencja do traktowania bioetyki jako humanistycznego *silly subject* i redukcji liczby zajęć, zamieniania seminariów na wykłady, podkradania godzin i oddawania ich niedopensowanym jednostkom organizacyjnym, reprezentującym fakultet medyczny oraz do wielu innych nieprawidłowości. Powoduje ją przede wszystkim właściwe polskim uczelniom: etatyzm i system finansowania sprawiający, że

⁶⁹ Klungland [2002] s. 139.

„uniwersytet staje się luźną konfederacją małych przedsiębiorstw-wydziałów o wąskiej ofercie intelektualnej”⁷⁰.

Wskazane jest też nawiązanie przez postulowany ośrodek współpracy międzynarodowej. Problem stanowi jego usytuowanie i finansowanie. Nieocenione byłoby w tym przypadku ciało o randze narodowej komisji bioetycznej.

d. W polskich realiach dominacji modelu deontologicznego i związanym z tym modelem akcentowaniem cnót i wzorca osobowego dobrego lekarza, z jednej strony, a z drugiej – usprawiedliwiania strajków polegających na odchodzeniu od łóżek i powoływania rzeczników praw lekarza jako kontry Rzecznika Praw Pacjenta, bardzo pożądane byłoby zainicjowanie badań nad ukrytym curriculum i jego wpływie na efekty nauczania bioetyki.

Bibliografia

- Barrier i wsp. [2005] – J.H. Barrier i wsp., *Comparison of Medical Ethical Competencies of Pre-graduate Third and Sixth Year Students During Their Internal Medical Hospital Rotations*, „Revue de Médecine Interne” 2005, nr 2.
- Beauchamp i Childress [1996] – T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyski, KiW, Warszawa 1996.
- Biegański [1957] – W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o sztuce lekarskiej*, PZWL, Warszawa 1957.
- Biesaga [2004] – T. Biesaga, *Bioetyka początku życia Tadeusza Ślipki*, w; *Bioetyka polska*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2004.
- Birnbacher [1999] – D. Birnbacher, *The Socratic Method In Teaching Medical Ethics: Potentials and Limitations*, „Medicine, Health Care and Philosophy” 1999, nr 2.
- Chyrowicz [2009] – B. Chyrowicz, *Uwagi o rozumieniu i nauczaniu bioetyki*, Debata: Edukacja bioetyczna w Polsce, 09.11 – 16. 11. 2009;
http://www.ptb.org.pl/pdf/chyrowicz_educacja_1.pdf
- Culver i wsp. [1985] – C. M. Culver i wsp., *Basic Curricular Goals in Medical Ethics*, „New England Journal of Medicine” z 24. 01. 1985.
- Dickenson i Parker [1999] – D.L. Dickenson, M.J. Parker, *The European Biomedical Ethics Practitioner Education Project: An Experiential Approach To Philosophy and Ethics in Health Care Education*, „Medicine, Health Care and Philosophy” 1999, nr 3.
- Galewicz [2009] – W. Galewicz, *Trzy tryby edukacji bioetycznej, czyli jak uczyć uczących*, Debata: Edukacja bioetyczna w Polsce, 09.11 – 16.11.2009;
http://www.ptb.org.pl/pdf/galewicz_educacja_1.pdf
- Gibiński [1997] – K. Gibiński (red.), *Kształtowanie postaw etycznych lekarzy*, „Prace Komisji Etyki Medycznej”, nr 8, Polska Akademia Umiejętności, Kraków 1997.

⁷⁰ Thieme [2009] s. 18.

- Gorovitz [1977] – S. Gorovitz, *Bioethics and Social Responsibility*, “Monist” 1977, nr 1.
- Hermerén [2002] – G. Hermerén, *Why Do We Need Bioethics?*, w: *Teaching Bioethics. Report From a Seminar*, Nordic Committee on Bioethics, Nord 2002.
- Iltis [2006] – A.S. Iltis, *Look Who’s Talking: The Interdisciplinarity of Bioethics and the Implications for Bioethics Education*, “Journal of Medicine and Philosophy” 2006, nr 6.
- Jonsen [2003] – A.R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, Oxford University Press, New York 2003.
- Kemp [1999] – P. Kemp, *Final Report to the European Commission on the Project “Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw 1995-1998. Part B”*, Copenhagen 1999;
http://ec.europa.eu/research/biosociety/pdf/final_rep_95_0207.pdf
- Klungland [2002] – H. Klungland, *Teaching Bioethics. Group Report and Final Discussion*, w: *Teaching Bioethics, Report From a Seminar*, Nordic Committee on Bioethics, Nord 2002.
- Kopelman [2006] – L.M. Kopelman, *Bioethics As a Second-Order Discipline: Who Is Not a Bioethicist?*, “Journal of Medicine and Philosophy” 2006, nr 6.
- Marczewski [2007] – K. Marczewski, *O potrzebach i perspektywach nauczania etyki medycznej w Unii Europejskiej do roku 2025*, w: *Nauczanie etyki w uczelniach medycznych*, red. J. Suchorzewska, M. Olejniczak, Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2007.
- Masson i Brazeau-Lamontagne [2006] – Ch. Masson, L. Brazeau-Lamontagne, *Paradigms, Emperor’s Clothes Syndrome, and Hidden Curriculum*, “Joint, Bone, Spine” 2006, nr 5.
- Mattick, J. Bligh [2006] – K. Mattick, J. Bligh, *Teaching and Assessing Medical Ethics: Where Are We Now?*, “Journal of Medical Ethics” 2006, nr 2.
- McKneally i Singer [2001] – M.F. McKneally, P.A. Singer, *Bioethics for Clinicians: 25. Teaching Bioethics in the Clinical Setting*, “Canadian Medical Association Journal”, z 17. 04. 2001.
- Myser [1998] – C. Myser, *How Bioethics is Being Taught: A Critical Review*, w: *A Companion To Bioethics*, red. H. Kuhse, P. Singer, Blackwell Publishers, Oxford 1998.
- Nicholas [1999] – B. Nicholas, *Teaching of Medical Ethics: Power and the Teaching of Medical Ethics*, “Journal of Medical Ethics” 1999, nr 6.
- Parker i Dickenson [2001] – M. Parker, D. Dickenson, *The Cambridge Medical Ethics Workbook. Case Studies, Commentaries and Activities*, Cambridge University Press, Cambridge 2001.
- Patryn, Sak i wsp. [2007] – K. Patryn, J. Sak i wsp., *Czy etyka jest istotna w procesie podejmowania decyzji w medycynie? Analiza przekonań studentów Wydziału Lekarskiego*, w: *Nauczanie etyki w uczelniach medycznych*, red. J. Suchorzewska, M. Olejniczak, Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2007.
- Przyłuska-Fischer [2007] – A. Przyłuska-Fischer, *Rola case-studies w nauczaniu bioetyki*, w: *Nauczanie etyki w uczelniach medycznych*, red. J. Suchorzewska, M. Olejniczak, Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2007.
- Radziwiłł [2003] – K. Radziwiłł, *Wypowiedź na Konferencji “Medycyna – Etyka – Ekonomia”*, “Puls”, 2003, nr 9;
<http://www.nil.org.pl/xml/oil/oil68/gazeta/numery/n2003/n200309/n20030912>

- Rawls [1998] – J. Rawls, *Liberalizm polityczny*, tłum. A Romaniuk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
- Seedhouse [1995] – D. Seedhouse, *What I Actually Said About Medical Ethics: a Brief Response To Toon*, „Journal of Medical Ethics” 1995, nr 1.
- Seedhouse [1998] – D. Seedhouse, *Against Medical Ethics: A Response To Cassel*, „Journal of Medical Ethics” 1998, nr 1.
- Szczęśna [2007] – A. Szczęśna, *Między teorią etyczną a sprawnością zawodową*, w: *Nauczanie etyki w uczelniach medycznych*, red. J. Suchorzewska, M. Olejniczak, Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2007.
- Solbakk [2002] – J.H. Solbakk, *Problem Based Learning In Medical Ethics: Possibilities and Problems*, w: *Teaching Bioethics. Report From a Seminar*, Nordic Committee on Bioethics, Nord 2002.
- Steinkamp i wsp. [2007] – N. Steinkamp i wsp., *Regulation of Health Care Ethics Committees in Europe*, „Medicine, Health Care and Philosophy” 2007, nr 4.
- Suchodolska [2009] – M. Suchodolska, *Teraz jest dobry moment by uregulować in vitro (rozmowa z Jarosławem Gowinem)*, „Polska Dziennik Łódzki”, z dnia 21. 10. 2009.
- Suchorzewska [2007] – J. Suchorzewska, *Nauczanie etyki w uczelniach medycznych – stan obecny. Zbiórce opracowanie ankiet*, w: *Nauczanie etyki w uczelniach medycznych*, red. J. Suchorzewska, M. Olejniczak, Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2007.
- Szewczyk [2009a] – K. Szewczyk, *Bioetyka, T. 1, Medycyna na granicach życia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Szewczyk [2009b] – K. Szewczyk, *Szpitalne komisje etyczne jako składnik systemu opieki zdrowotnej w krajach demokratycznych*, Konferencja, *Konflikty między opinią lekarza a wolą pacjenta – czy są nam potrzebne szpitalne komisje etyczne?*, Kraków 26.09.09; http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_konflikt_1.pdf
- Szewczyk [2009c] – K. Szewczyk, *Edukacja bioetyczna w Polsce – analiza problemu, opis trudności i propozycja zadań na najbliższą przyszłość*, Debata: *Edukacja bioetyczna w Polsce*, 09.11 – 16.11. 2009; http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_educacja_1.pdf
- Szewczyk [2009d] – K. Szewczyk, *Również i w Polsce kształcenie nauczycieli bioetyki jest potrzebą chwili – uwagi na marginesie tekstu Marka Olejniczaka*, Debata: *Edukacja bioetyczna w Polsce*, Polskie Towarzystwo Bioetyczne, 9.11.-16.11. 2009; http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_educacja_2.pdf
- Szewczyk [2009e] – K. Szewczyk, *Horrendum z ukrytym curriculum?*, Debata: *Edukacja bioetyczna w Polsce*, 09.11 – 16.11. 2009; http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_educacja_3.pdf
- Ślipko [1994] – T. Ślipko, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Wydawnictwo WAM, Kraków 1994.
- ten Have [1995] – H.A.M.J. ten Have, *Ethics in the Clinic: a Comparison of Two Dutch Teaching Programmes*, „Medical Education” 1995.
- Thieme [2009] – J. Thieme, *Zróbmy sobie Oksford*, „Gazeta Wyborcza”, z 26. 10. 2009.
- UNESCO [2005] – UNESCO, Division of Ethics of Science and Technology, Guide No 2. *Bioethics Committee at Work: Procedures and Policies*, Paris 2005; <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001473/147392e.pdf>