

WPROWADZENIE

Medycyna, biopolityka, bioetyka w zmedykalizowanym społeczeństwie to opracowanie, w którym znajdziemy wielowątkową perspektywę zagadnień wpisanych w zakres trzech obszarów problemowych: medycyny (w kontekście socjologii medycyny), biopolityki i bioetyki. O bogactwie tematów zaliczanych do wymienionych sfer świadczy chociażby różnorodność zainteresowań autorów artykułów zamieszczonych w przygotowanym studium. Odniesienie do wartości, norm, reguł, podstaw instytucjonalnych, strukturalnych, wykładni teoretycznych i empirycznych, ukazujących wielowymiarowość podejmowanych analiz, świadczy zarówno o niewyczerpanych zasobach badawczych w przyjętym zakresie problemów, jak i kreatywnym, często nowatorskim ich ujęciu. Przyjęta w niniejszym zeszycie perspektywa badawcza łączy wieloaspektowe wątki analiz empirycznych i teoretycznych.

Medycyna jako niezwykle pręźnie rozwijająca się dyscyplina naukowa współcześnie coraz częściej jest przedmiotem rozważań oraz analiz przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych. Oczywiście jej rozwój dla współczesnego człowieka jest niezwykle dobrodziejstwem. Pozwala ona skutecznie leczyć wiele schorzeń, które jeszcze do niedawna dziesiątkowały całe społeczności. Jako przykład możemy podać choroby zakaźne, których częstość występowania znacznie ograniczono podczas „pierwszej rewolucji zdrowotnej” w wyniku wprowadzenia szczepień i antybiotykoterapii. Dobrodziejstwem są także osiągnięcia w diagnostyce i leczeniu chorób układu krążenia i nowotworów, stanowiących od przeszło stu lat główny problem zdrowotny w naszym kręgu kulturowym. W przypadku tych chorób również udało się zahamować wskaźniki umieralności i zachorowalności. Ale sukcesy w opanowaniu tych i wielu innych schorzeń są także efektem konkretnych działań, podejmowanych przez określone grupy lub ruchy społeczne, konsekwencją określonych procesów społecznych (w tym urbanizacji, industrializacji i globalizacji), które z kolei pociągnęły za sobą przemiany w postawach ludzkich, systemach wartości i norm. Jest to efekt działań podejmowanych na poziomie mikro- oraz makrostrukturalnym, przekładających się na konkretne rozwiązania systemowe, klimat polityczny sprzyjający rozwojowi

medycyny. Dla przykładu, opanowanie chorób zakaźnych wymagało wynalezienia i upowszechnienia szczepień oraz antybiotyków, ale byłoby niemożliwe bez odpowiedniego ustawodawstwa regulującego takie chociażby kwestie, jak warunki mieszkaniowe i pracy, oraz gwarantującego szerszą dostępność społeczeństwa do usług medycznych.

Funkcjonowanie szeroko rozumianej medycyny, osadzonej w konkretnych realiach społecznych i kulturowych, stało się przedmiotem rozlicznych analiz podejmowanych w ramach socjologii medycyny. Jej przedstawiciele, stosując różnorodne narzędzia badawcze oraz koncepcje teoretyczne, poddają naukowej refleksji bieżące kwestie związane ze sferą zdrowia i choroby. Jak zauważają autorzy pierwszego z zamieszczonych w niniejszym tomie artykułu, *Nurt krytyczny w klasycznej, polskiej socjologii medycyny. Zarys problematyki*, Włodzimierz Piątkowski oraz Luiza Nowakowska, w podejmowaniu problematyki zdrowia i choroby szczególnego znaczenia nabiera imperatyw praktycznego działania. Jest on szczególnie widoczny w tzw. „podejściu krytycznym”. Artykuł poświęcony jest właśnie rozważaniom na temat ewolucji nurtu krytycznego w socjologii ogólnej oraz, co ważne, stanowi próbę ukazania potrzeby wprowadzenia tego stanowiska oraz związanych z nim dyrektyw teoretycznych na grunt socjologii medycyny. Jak wykazują autorzy,

prezentacja „podejścia krytycznego”, jego genezy, charakteru, walorów i ograniczeń jest szczególnie ważna i pożądana w warunkach postępującego kryzysu ekonomicznego i jego mikro-, mezo- i makrospołecznych konsekwencji.

Przedstawiciele środowiska medycznego często zapominają bądź nie chcą pamiętać o tym, że działania podejmowane na polu medycyny są osadzone w konkretnych realiach społecznych i kulturowych, że zachowania i postawy w zdrowiu i chorobie zależne są także od przyjętego systemu wartości i norm, od wpływu środowiska społecznego. Możemy tu mówić o zderzeniu paradygmatu biomedycznego, który nadal dominuje w środowisku medycznym i bardzo często przejmowany jest przez decydentów zarówno na poziomie samorządów, jak i rządu, w przypadku tworzenia i wdrażania programów prozdrowotnych, z paradygmatem społeczno-ekologicznym, uważanym obecnie za najbardziej adekwatne i optymalne podejście do zagadnień zdrowia i choroby.

Postulat uwzględniania w praktyce publicznej społeczno-kulturowych uwarunkowań wymienionych zagadnień odnajdujemy w tekście Andrzeja Boczkowskiego, *Społeczne problemy opieki zdrowotnej nad pracującymi*, który poświęcony został bardzo rzadko poruszanemu w analizach socjologicznych zagadnieniu działania służb medycyny pracy. Autor, opierając się na badaniach empirycznych, skoncentrował swoje analizy na społecznych uwarunkowaniach opieki zdrowotnej, dotyczącej ludzi pracujących. Uzyskane wyniki posłużyły do wyróżnienia najistotniejszych czynników utrudniających funkcjonowanie tej kategorii insty-

tucji zdrowia publicznego oraz tym samym – realizację celów statutowych, do których została ona powołana.

Nieuwzględnianie bądź bagatelizowanie wpływu uwarunkowań społeczno-kulturowych na zdrowie zarówno w procesie leczenia pacjenta, jak i w przeciwdziałaniu określonym chorobom, a więc np. podczas tworzenia i wdrażania projektów promujących zdrowie, powoduje nieskuteczność tych działań. Adekwatnym przykładem jest przywołana wcześniej walka z chorobami nowotworowymi, które pomimo tak dynamicznego rozwoju onkologii nadal są poważnym problemem zdrowotnym i społecznym. Problematyce onkologicznej poświęcony został artykuł *Podjęcie decyzji o korzystaniu z usług medycznych w kontekście koncepcji lay referral system. Przypadek chorób nowotworowych Małgorzaty Synowiec-Piłat*. Jest to przegląd społeczno-kulturowych czynników, które mogą wpływać na proces podejmowania przez jednostkę decyzji o korzystaniu z profesjonalnej pomocy medycznej w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów. W związku z tym, że większość symptomów chorobowych jest interpretowana, oceniana i leczona w ramach systemu laickiego, a nie profesjonalnego (medycznego), rozważania te zostały osadzone w teoretycznych ramach koncepcji *lay referral system* E. Freidsona. Szczególną uwagę zwrócono na takie zagadnienia, jak panująca w społeczeństwie rakofobia, przekonania fatalistyczne na temat raka oraz *stigma* towarzysząca chorobom nowotworowym.

Warto zastanowić się również nad społecznym kontekstem diagnozy medycznej. Zagadnienie to powinno być szczególnie interesujące dla środowiska medycznego. I właśnie analizę społecznych funkcji diagnozy medycznej odnajdujemy w tekście Michała Skrzypka: *W stronę socjologii diagnozy. Społeczne funkcje diagnozy medycznej w kontekście doświadczenia choroby*. W zawartych w artykule rozważaniach autor koncentruje się na zagadnieniu modelowania przez diagnozę doświadczenia choroby przewlekłej. Jak zauważa:

aplikowanie diagnozy do konkretnego chorego to akt nie tylko kliniczny, [...] ale także społeczny, który w realiach rosnącej podmiotowości chorych w opiece medycznej staje się coraz częściej „produktem” społecznych interakcji i toczących się w ich toku negocjacji, mający konsekwencje nie tylko kliniczne, ale także społeczne, m.in. w zakresie modelowania sposobów doświadczenia choroby, strukturalizacji kontaktów chorego z systemem medycznym lub wirtualnej kolektywizacji doświadczenia choroby.

Osiągnięcia współczesnej medycyny są niezaprzeczalne, czego konsekwencją jest jednak także fakt, że stała się ona jedną z dominujących sfer naszego życia. Jest stale obecna, dotyka wielu różnych obszarów naszego funkcjonowania. Z jednej strony pomaga, ale w wielu aspektach narzuca swój punkt widzenia, zaczyna dominować i przejmować kontrolę. Ingeruje w życie społeczne, stara się wprowadzać rozwiązania zgodne z paradygmatem biomedycznym, ale niekoniecznie sprawdzające się w życiu społecznym. Mówimy tu o zderzeniu racjonalności społecznej z racjonalnością naukową wyrosłą na gruncie medycyny,

także o medykalizacji życia społecznego. Medycyna wkracza w coraz to nowe sfery ludzkiego życia, przypisując naturalnym stanom, zjawiskom społecznym medyczne kategorie. Nasze życie podlega stałemu procesowi umedyczniania. Na wiele spraw, często bezrefleksyjnie, zaczynamy patrzeć przez pryzmat medycyny. Wprowadzamy wiele rozwiązań, podejmujemy różnorodne działania, które są właściwe i pożądane z punktu widzenia środowiska medycznego. Ale czy są zgodne z systemem wartości i norm, czy szerzej – z kulturą danej społeczności? Czy są korzystne dla jednostki osadzonej i socjalizowanej w konkretnych realiach społecznych i kulturowych? Na ile więc medycyna nam pomaga i chroni, a na ile staje się zagrożeniem dla naszej tożsamości społecznej, dla naszej wolności wyboru sposobu postępowania zgodnie z przyjętym w danej grupie systemem aksjologiczno-normatywnym?

Procesowi medykalizacji poświęcony został artykuł *Choroba jako podstawa konstruowania nowych tożsamości w zmedykalizowanym świecie*. Magdalena Wieczorkowska zauważa, że współcześnie mamy do czynienia z ciekawym paradoksem: medycyna wydłuża nam życie, ale jednocześnie stajemy się społeczeństwem ludzi chorych przewlekłe. Choroby przewlekłe zaś

[w]ymagają [...] inwazyjnej diagnostyki i leczenia, zmiany stylu życia i regularnych kontroli u lekarza. Są często źródłem cierpienia i ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu. Paradoksalnie zatem, jakość życia ulega w tym wypadku znacznemu obniżeniu. Dodatkowo, kontakty z medycyną stają się źródłem lęku i niepokoju oraz niezadowolenia z jakości relacji. Współczesna medycyna leczy chory narząd, traktując w ten sposób pacjenta przedmiotowo. Brakuje miejsca na empatię, liczy się skuteczność, a jedynym właściwym kontekstem leczenia jest otoczenie instytucji medycznych.

Medykalizacja zmienia tym samym oblicze choroby „nie tylko w wymiarze medycznym, ale przede wszystkim psychospołecznym, stając się podstawą do kreowania nowych odmian roli chorego i związanych z nimi tożsamości”.

Istotnym obliczem medykalizacji są także zmiany systemowo-instytucjonalne. Autor artykułu, zatytułowanego *Medycyna i zdrowie w społeczeństwie konsumpcyjnym: makdonaldyzacja opieki zdrowotnej versus ryzyko zdrowotne*, Mieczysław Gałuszka, zwraca uwagę na fakt, że wraz z wprowadzeniem w Polsce reform opieki zdrowotnej, procesów restrukturyzacji, komercjalizacji i prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej do publicznego sektora zdrowotnego wprowadzone zostały elementy modelu wolnorynkowego. Zdrowie zaczęło być taktowane jak towar, pacjent stał się klientem, a lekarz dostarczycielem usług medycznych. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest, jak zauważa autor posługując się terminologią Georga Ritzera, makdonaldyzacja opieki zdrowotnej. W artykule przedstawiono „[...] paradoksy makdonaldyzacyjne medycyny i opieki zdrowotnej: efektywności, przewidywalności, kalkulacyjności, automatyzacji”.

Nie sposób mówić współcześnie o medycynie, o jej obliczach, nie nawiązując do zagadnień biopolityki i bioetyki. Ukazanie tak szerokiego kontekstu problematyki zdrowia i choroby jest niewątpliwym atutem niniejszego tomu.

I tak, odnosząc się do wymiaru wartości jako podstawy legitymizacji praw człowieka niezwykle ciekawą analizę problemu godności przedstawił Krzysztof Przybyszewski w artykule *Problem godności człowieka w kontekście biopolityki*. Godność została scharakteryzowana przez autora na podstawie teorii biopolityki autorstwa Giorgio Agambena, który w idei praw człowieka dostrzega cechy aporetyczności. W założeniach przyjętej koncepcji dopuszcza on stanowisko wskazujące, że prawa człowieka tylko pozornie go upodmiotawiają, bowiem dzięki nim człowiek podlega władzy i oddaje swe „nagie życie” do dyspozycji władzy. Odpowiadając na pytania:

[...] czy w szczególności, w systemach demokratycznych można mówić o tym, że jednostka umiejscowiona w społecznym otoczeniu istotnie posiada autonomię podejmowania istotnych decyzji egzystencjalnych o sobie samej. A jeśli posiada taką autonomię, to pojawia się pytanie o legitymizację tejże autonomii. Jest to także pytanie o jej zakres, czyli pytamy, gdzie przebiega linia demarkacyjna autonomii jednostki, a zatem, w którym momencie już nie do niej należy podejmowanie decyzji egzystencjalnych o sobie samej [...]

Krzysztof Przybyszewski odwołuje się do dwóch kategorii godności: godności człowieka jako sfery powinności oraz godności osobistej, jako sfery obowiązku. To godność właśnie uczyniona została przez autora podstawą legitymizacji praw człowieka.

Pozostając w kręgu rozważań nad wartościami, autorzy kolejnej analizy teoretycznej, *Biomedycyzacja a genetyczne udoskonalanie człowieka w kontekście analiz bioetycznych*, Marcin Leźnicki i Aleksandra Lewandowska, poruszają niewątpliwie ważny i aktualny problem, dotyczący tzw. wczesnych wzmocnień genetycznych. Analizując kierunek i zakres działań podejmowanych we współczesnej biomedycynie w zakresie „genetycznego ulepszania potencjału człowieka”, przywołali zarówno stanowiska, w których podkreślany jest potencjał i korzyści, jakie implikują możliwości biotechnologiczne, jak i szeroki wachlarz dylematów oraz wątpliwości dotyczących sfery wartości, takich jak: zgoda, wolność, równość, sprawiedliwość lub prawa jednostki.

Niektóre z dostępnych obecnie terapii genowych mogą już dzisiaj przyczynić się do poprawy psychofizycznej kondycji jednostki ludzkiej poprzez m.in. zwiększenie ludzkiej wytrzymałości, zdolności poznawczych, pamięci lub zarówno tak ważnego w kulturze fitness wyglądu, jak i wielu innych.

Zdaniem autorów, problem dotyczący biotechnologizacji człowieka powinien być rozpatrywany ze szczególną uwagą także ze względu na fakt, że modyfikacje genetyczne można stosować zarówno na etapie wczesnego projektowania człowieka, gdy dyskutuje się m.in. o prawnymoralnej dopuszczalności przeprowadzania korekcji genetycznych w embrionalnej fazie życia ludzkiego, jak i na późniejszym etapie rozwoju osobniczego jednostki ludzkiej w wyniku zastosowania odpowiedniej terapii genowej.

Możliwości te determinują wiele problemów natury etyczno-prawnej. Znalezienie konsensusu w ich obszarze wydaje się niemal niemożliwe.

W imię dobra człowieka, nauki, coraz częściej porusza się kwestie efektywnie realizowanych procedur leczniczych, terapeutycznych lub diagnostycznych. Widzi się także potrzebę holistycznego podejścia do człowieka uwikłanego w specyficzne uwarunkowania zdrowotne, środowiskowe, kulturowe, prawne i religijne. Jak jednak pogodzić potrzebę pragmatyzmu (często komercjalizmu) interdyscyplinarnych badań klinicznych z podmiotowym, holistycznym podejściem do człowieka? Współczesna medycyna stawia coraz śmielsze kroki w zakresie badań klinicznych. Obligatoryjna wydaje się zatem dyskusja i refleksja o charakterze etycznym, prawnym oraz społecznym. Wymagana jest także międzynarodowa perspektywa owej dyskusji, gdyż dylematy i zarazem oczekiwania wobec jej wyzwań są coraz większe, a decyzje podejmowane są coraz częściej w wymiarze międzynarodowym. Autorka kolejnego opracowania, Alicja Łaska-Formejster, teoretyczną perspektywę poznawczą umiejscowiła w kontekście międzynarodowym. Problematyka artykułu, *Zarządzenie badaniami biomedycznymi – perspektywa współpracy międzynarodowej*, osadzona została w obszarze rozważań dotyczących etycznych standardów badań międzynarodowych, realizowanych w ramach tzw. nauk o życiu. Intensyfikacja tego wymiaru współpracy implikuje konieczność stworzenia ujednoliconych wskazówek dla standardów etyki zunifikowanej. Jednak czy „etyka globalna” (*global bioethics*), narzucająca „zachodnie” reguły etyczne państwom funkcjonującym w odmiennych rzeczywistościach gospodarczych, kulturowych, historycznych, politycznych i religijnych, może spełnić pokładane w niej oczekiwania? W artykule scharakteryzowana została propozycja taktyki, której zastosowanie wydaje się współcześnie niezbędne przy zmierzaniu się z etycznymi wyzwaniami, pojawiającymi się w obszarze biotechnologicznej współpracy międzykontynentalnej. W szczególności istotna jest odpowiedź na pytanie, jak narodowe systemy etycznego zarządzania badaniami mogą poradzić sobie z coraz intensywniejszą globalną współpracą ze szczególnym uwzględnieniem kooperacji europejsko-chińskiej.

Opisując obszar problemowy dotyczący badań klinicznych, należy wskazać także inny jego wymiar – komercyjny charakter, który przysparza najwięcej dylematów natury etycznej, moralnej, legislacyjnej i instytucjonalnej. Analiza teoretyczno-empiryczna Tomasza Ferencza dotyczy właśnie tego szczególnego obszaru problemowego: zawłaszczania przestrzeni zarezerwowanej dla działań o charakterze biopolitycznym przez korporacje o zasięgu globalnym. W artykule *Szpital kliniczny jako miejsce realizowania korporacyjnej biopolityki. Kазus programów testujących szczepienia* autor dokonał analizy zjawiska obecności korporacji zajmujących się produkowaniem leków na terenie publicznych szpitali klinicznych. Połączenie wymiaru teoretycznego, opracowanego na podstawie stanowisk M. Foucaulta (szczególnie dotyczących reform szpitalnictwa i wyłonienia

się klinik) oraz Z. Bauman (z zakresu „rezygnacji” z opiekuńczej funkcji państwa), i wymiaru empirycznego, przygotowanego na podstawie analizy wywiadów przeprowadzonych z uczestnikiem programu testowania szczepionki oraz z „prowadzącym” jego przypadek lekarzem, umożliwiło autorowi sformułowanie następującej tezy:

dzisiejsze państwa znajdujące się w stanie kryzysu rezygnują w pewnych obszarach z prowadzenia działań o charakterze biopolitycznym. Przestrzenie te przejmowane są przez korporacje o globalnym zasięgu (koncerny spożywcze, energetyczne, paliwowe, militarne, medyczne). Te z kolei wykorzystują struktury państwa do realizacji własnych celów – korporacyjnych biopolityk.

Opisany w artykule *case* ilustruje obszar zagrożeń i kierunek rozwoju techniki „zarządzania lekiem” w przestrzeni powołanej i utrzymywanej z publicznych środków finansowych.

Wyzwania współczesności, niemal wszechobecność politycznych, biologicznych i medycznych kazusów, wpływają na kondycję psychofizyczną człowieka, który został „zdyscyplinowany” do samodzielnej troski o zdrowie i coraz częściej pragnie sprostać stawianym mu oczekiwaniom, chociażby z zakresu prowadzenia zdrowego stylu życia. I to właśnie jeden z jego wymiarów – aktywność fizyczna, jest przedmiotem rozważań w artykule *Sport to zdrowie! Refleksje o aktywności fizycznej Polaków*. Przysłowie wykorzystane w tytule stanowi odzwierciedlenie przekonania o pożądanym wpływie aktywności fizycznej na kondycję człowieka. Aleksandra Leszczyńska na podstawie teoretycznych stanowisk i rozważań na temat zdrowego stylu życia dokonała opisu celowości podejmowania aktywności fizycznej jako istotnego czynnika w procesie dbałości o zdrowie. Zaś odwołując się do wyników analiz empirycznych, danych statystycznych, raportów badania opinii publicznej dotyczących aktywności fizycznej Polaków, projektów, mających zachęcić Polaków do zdrowego stylu życia, dokonała charakterystyki czynników stanowiących bariery i ograniczenia w podejmowaniu tej pożądanej aktywności. Okazuje się bowiem, że zmobilizowanie Polaków do czynnej aktywności prozdrowotnej jest zadaniem trudnym, gdyż jak twierdzi Paweł F. Nowak (jeden z autorów koncepcji i stanowisk przywoływanych przez A. Leszczyńską),

wartości zdrowotne w sporcie powszechnym stopniowo zaczynają tracić na znaczeniu, a rekreacyjna aktywność fizyczna ulegać komercjalizacji i stawać się elementem masowej pop-kultury [...] w Polsce powoli nastaje „[...] ogólnoswiatowa moda na aktywność ruchową, niekoniecznie jednak prozdrowotną”.

Okazuje się także, że wizerunek sportu masowego propagowanego w massmediach (np. bohaterów aren sportowych pragnących za wszelką cenę, nawet własnego zdrowia, uzyskać pożądane efekty) nie sprzyja podejmowaniu indywidualnej aktywności fizycznej, a motywy zdrowotne tracą na znaczeniu na rzecz

np. dbania o wygląd zewnętrzny i estetykę ciała (które można udoskonalać także poprzez interwencję chirurgiczną). Modyfikacja postaw dotyczących zdrowego stylu życia jest więc tym bardziej pożądana, im większym przemianom pragniemy się poddawać w wyniku coraz bardziej restrykcyjnych oczekiwań społecznych.

Zdrowie – w uproszczeniu: stan fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu – może być poddawane analizie teoretycznej i empirycznej na poziomie: fizycznym, społecznym, duchowym lub psychicznym (emocjonalnym i umysłowym). I właśnie wymiar psychiczny zdrowia został wybrany przez Jolantę Kopkę jako przedmiot refleksji eseju (zamykającego cykl artykułów), zatytułowanego: *Zdrowie psychiczne a czasowy wymiar życia społecznego*. Autorka, odpowiadając na prowokacyjne pytania – np.: „Czy możemy odnieść kategorię «zdrowia psychicznego» do społeczeństwa? Czy możemy mówić o zdrowym lub chorym psychicznie społeczeństwie?” – scharakteryzowała zarówno zakres znaczeniowy terminu „zdrowie psychiczne” w odniesieniu do społeczeństwa, jak i dokonała wielopoziomowego opisu zmian zachodzących we współczesnych społeczeństwach, współczesnym człowieku, np. zmian w świadomości ludzkiej. Aksjonormatywna perspektywa analizy wzbogaciła zarysowany obraz przemian, które mogą doprowadzić do zjawisk deficytu tożsamości i działać dezintegrująco na psychikę ludzi, chociażby przez współistnienie wielości definicji własnego „ja”, wewnętrznie sprzecznych. Życie w świecie szybkich zmian ma jeszcze inną konsekwencję i można je analizować w kolejnym wymiarze – czasie. Osiągnięcia współczesnej medycyny, umożliwiające wydłużenie długości życia oraz poprawę jego jakości, stwarzają warunki do przekraczania granic, wcześniej uznanych za nieprzekraczalne. Dokąd doprowadzi ludzkość owa zachłanność? Jak dalece zmieni się wartość życia, śmierci, wieczności, nieśmiertelności? Jolanta Kopka, odwołując się do teoretycznych rozważań na temat egzystencji człowieka w „płynnej rzeczywistości”, nastawionej na ruch, zmianę i wielość, wskazuje także na jej psychiczne konsekwencje, konieczność przewartościowania wykładni aksjonormatywnej oraz zastosowania nowych technik adaptacyjnych.

Współczesność, implikująca nowe formaty zmedykalizowanej egzystencji człowieka, wymusza podejmowanie działań mających na celu adaptację do istniejących warunków. Rozwój nowych metod i technologii medycznych oraz przekraczanie bioetycznych granic skutkują zmianami w zakresie analiz czynników wpływających na zdrowie i chorobę w kontekście indywidualnym i zbiorowym oraz ujawniają nowe zagrożenia o charakterze moralnym, etycznym. „Przemieszczenie” wymiaru biologicznego i społeczno-ekonomiczno-politycznego skutkuje dysonansem pomiędzy oczekiwanymi i realnymi możliwościami człowieka, funkcjonującego w konkretnej perspektywie czasowo-przestrzennej, dookreślonej przez wykładnię społeczno-polityczno-gospodarczą. W takiej sytuacji, w której medycyna „zawłaszcza” i „komercjalizuje” niemal każdą sferę życia człowieka, nie unikniemy pytań natury aksjologicznej. Dlatego m.in. wiele dyskusji rodzi

orzekanie o konsekwencjach przesunąć granic interwencji medycznych i biotechnologicznych w życie pojedynczego człowieka, społeczeństwa, ludzkości.

Medycyna, biopolityka i bioetyka to obszary, w których przemiany dokonują się w sposób zróżnicowany, jednak ściśle ze sobą związany. To obszary, które przy wykorzystaniu różnych paradygmatów teoretycznych, stanowią przedmiot interdyscyplinarnych zainteresowań badawczych. Jako dyscypliny i subdyscypliny naukowe są źródłem inspiracji i pytań natury etycznej. Żywimy nadzieję, że choć w niewielkim stopniu problematyka tekstów zamieszczonych w tej publikacji uwypukli ich obszar.

Alicja Łaska-Formejster, Małgorzata Synowiec-Pilat