

KS. WACŁAW GUBAŁA

DOBRO ŻYCIA JAKO KRYTERIUM INTERWENCJI LEKARSKICH ZAŁOŻENIA ŚWIECKIEJ DEONTOLOGII

„Lekarz jest i musi pozostać zawsze obrońcą życia, a powierzający mu się człowiek chory musi wiedzieć, że lekarz zrobi wszystko, co jest w jego zawodowej i ludzkiej mocy, by mu życie ratować i przedłużyć”¹. Te słowa wypowiedziane przez prof. Kielanowskiego, a stawiające wartość życia jako naczelne prawo dla lekarza, stanowią fundament, na którym oparto „Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza”, uchwalony przez Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Delegatów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego - odbyte w Szczecinie w dniu 10 XI 1977 r. i wydany w roku 1978². Zbiór ten spotkał się z bardzo pozytywnym przyjęciem zarówno w świecie lekarskim, jak również w ocenie etyków. Doczekał się on swoistego komentarza napisanego przez grono lekarzy klinicyistów i medyków sądowych.

Zarówno *Zbiór zasad*, jak i komentarz napisany w formie opracowania wybranych zagadnień z etyki i deontologii lekarskiej³, a także artykuły zamieszczone na łamach „Etyki”⁴, oraz inne opracowania dotyczące zagadnienia etyki lekarskiej⁵ stanowią bazę źródłową do analizy problemu pozostawionego w tytule. Zawiężenie bazy jedynie do polskich autorów zostało spowodowane chęcią pokazania kontekstu społeczno-ideologicznego, w którym jest kształtowana świadomość moralna społeczeństwa polskiego. Świadomość ta jest urabiana zarówno przez oddziaływanie etyki chrześcijańskiej, jak również szeroko pojętej etyki laickiej, której podstawą jest oderwane od wszelkiej transcendencji, czyli niezależność od religii, a w Polsce - od religii chrześcijańskiej. Tak rozumianą etykę niezależną można nazwać „laicką” lub - jak na Zachodzie - „humanistyczną”. Obecnie w Polsce najpoważniejszym rodzajem takiej etyki jest etyka marksistowska. Oczywiście pojęcia „etyki laickiej” nie można sprowadzić jedynie do stanowiska etyki marksistowskiej. Są bowiem tacy autorzy, szczególnie gdy chodzi o dziedzinę etyki lekarskiej, którzy nie odwołując się do dziedzictwa myśli marksistowskiej budują podstawy tejże etyki opierając się na tzw. przesłankach racjonalno-humanistycznych. Przy czym świadomie lub nieświadomie odcinają się również od przesłanek religijnych. Niektóre stanowiska zawierają wskazania etyczne bliskie chrześcijańskim, podawane w teologii moralnej. Inne znów zawierają wskazanie całkiem odmienne, niekiedy nawet antagonistyczne w stosunku do chrześcijańskich⁶.

Ponadto należy stwierdzić, że zakres oddziaływania tych koncepcji laickich jest niewątpliwie duży. Szczególnie, kiedy w sprawach etyki lekarskiej zabierają

głos ludzkie z wysokim autorytetem naukowym. Niestety, ich rozstrzygnięcia w dziedzinie moralnej budzą niekiedy zastrzeżenia.

Należy więc przypatrzeć się, w jakim stopniu w tej laickiej koncepcji etyki i deontologii lekarskiej dobro życia stanowi kryterium etycznej oceny interwencji lekarskiej. Trzeba zatem najpierw pokazać, dla jakich racji obrona życia ludzkiego stawiana jest jako najwyższy cel lekarza. Następnie zaś należy przedstawić, jak ta zasada realizowana jest w konkretnych działaniach, takich jak: eksperyment lekarski, transplantacja serca i nerki, eutanazja oraz przerywanie ciąży.

I. OBRONA ŻYCIA NAJWYŻSZYM CELEM DZIAŁANIA LEKARZA

„Zdrowie chorego i zdrowie społeczeństwa są dla lekarza najwyższym prawem”⁷
 W tych słowach zawarta jest niejako fundamentalna zasada, w świetle której lekarz winien tak postępować, aby chory odczuwał, że uczyni wszystko, co w jego mocy, by ratować życie i przywrócić utracone zdrowie. Oznacza to dalej, że dla lekarza chory, jego zdrowie i życie, musi zawsze stanowić cel jego działania, a nie przedmiot, środek osiągnięcia innego celu⁸. W jaki sposób uzasadniają tę wartość życia. Słusznie zauważa H. Jankowski, że problem wartości istnienia ściśle wiąże się z rozstrzygnięciem o charakterze filozoficznym⁹. Chodzi o ukazanie wartości życia jako istotnego elementu osoby ludzkiej. W tym ujęciu egzystencja stanowi część integralną struktury osobowej człowieka i sprawia, „że przeobraża się ona równocześnie w analogiczną wartość moralną i nabierze razem z osobą cech wartości, jak ona, nadrzędnej i sakralnej”¹⁰. Zatem uzasadnienie wartości istnienia musi wynikać z koncepcji osoby ludzkiej. Otóż w świetle wypowiedzi omawianych autorów brakuje ostatecznego uzasadnienia wartości życia ludzkiego. To uzasadnienie idzie raczej po linii opisowej. Lekarz jest obowiązany uczynić wszystko, aby utrzymać życie nawet wtedy, gdy nie będzie mógł uratować człowieka albo uzyskać pełnej jego restytucji. Oznacza to, że nawet w krańcowych wypadkach należy odrzucać pojęcie życia bez wartości. Po pierwsze dlatego, że życie, które pod względem biologicznym nie ma już żadnej wartości, może mieć z innego punktu widzenia wartość dla umierającego, np. dopóki człowiek jeszcze nie umarł, może sporządzić testament, może uzyskać wyższy stopień służbowy itp. Dlatego stwierdza się, że życie, nawet gdy się kończy, „ma wartość nie tylko biologiczną”¹¹. Widzimy więc, że w literaturze laickiej możliwość uzasadnienia wartości życia kończy się zasadniczo na stwierdzeniu, że życie ludzkie ma wartość nie tylko biologiczną. Inny ważny argument, który przytacza się z absolutną wiernością zasadzie, że życie i zdrowie pacjenta jest najwyższym prawem, to ten, że lekarz nie może wszystkiego przewidzieć, że nie ma monopolu na nieomylność, dlatego nie może być „panem życia i śmierci swoich pacjentów”. Ta wierność zasadzie, że zadaniem lekarza jest leczyć i utrzymywać człowieka przy życiu, jest fundamentem relacji chory - lekarz. Chory musi być absolutnie przekonany, że lekarz nigdy nie przyczyni się do jego śmierci. Skoro życie jest najwyższym prawem

dla lekarza, zapytajmy, jak ta zasada realizuje się w pewnych konkretnych wypadkach.

II. EKSPERYMENT LEKARSKI NA CZŁOWIEKU

„Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza” w rozdziale III wprowadza kilka zasad, które formułują warunki dopuszczalności dokonywania badań na ludziach. Czym jest eksperyment lekarski? Jest to „zastosowanie nowej metody leczniczej lub nowego leku, dotąd w praktyce nie sprawdzonych lub będących w okresie prób”¹². Eksperyment lekarski może mieć charakter albo próby zastosowania nowej metody czy nowego leku w celu poprawienia zdrowia lub ratowania życia chorego, albo w celu zdobycia wiadomości naukowych potrzebnych dla rozwoju wiedzy medycznej¹³. Otóż tak rozumiany eksperyment lekarski, by mógł być dokonywany na ludziach, został surowo obwarowany warunkami dopuszczalności. *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza* sprowadza je do następujących:

1. Nowe metody i próby lecznicze muszą przewidywać wyższość oczekiwanych korzyści nad ryzykiem dla zdrowia i życia chorego.

2. Istotnym warunkiem podejmowania nowych metod i prób leczenia jest dobrowolna i nieprzymuszona zgoda pacjenta, który wcześniej winien być dokładnie poinformowany o charakterze doświadczenia, o spodziewanych dla niego korzyściach oraz o możliwym ryzyku.

3. Nie wolno stosować nowych metod wyłącznie w celu zdobycia nowych wiadomości naukowych u dzieci, upośledzonych umysłowo, więźniów ani u osób będących w stanie zależności od stosującego tę metodę.

4. Eksperyment wykonany musi być w odpowiednich warunkach i przez wykwalifikowany zespół, po uprzednich próbach na zwierzętach, bez zbędnych cierpień i ubocznych skutków. Jeśli zaś takie się pojawiają, należy eksperyment przerwać¹⁴.

W świetle przedstawionych zasad czynnikami decydującymi, zarówno gdy chodzi o eksperyment terapeutyczny, tj. dokonywany w interesie chorego, jak również eksperyment naukowy, w którym chory nie odnosi bezpośredniej korzyści, są korzyść praktyczna i stopień ryzyka. Inaczej mówiąc, każdy eksperyment medyczny musi być równoważony celem, którym jest ratowanie chorego. Ryzyko należy ograniczyć do minimum i każdy przypadek rozważać indywidualnie. Nigdy nie wolno narażać życia, „które jest największym dobrem biologicznym i sensem trwania gatunku”¹⁵.

III. ETYCZNY ASPEKT TRANSPLANTACJI

Z eksperymentem medycznym ściśle wiąże się problematyka etyczna transplantacji narządów, głównie nerek, serca i trzustki. Sprawie tej w Polsce poświęcona została konferencja zorganizowana w 1968 r. przez Wydział Nauk Medycznych PAN i Katedrę Etyki UW, w której udział wzięli przedstawiciele medycyny, filizofii prawa i etyki. W toku dyskusji poruszano wiele ważnych problemów¹⁶.

Istota zagadnienia sprowadza się do określenia momentu śmierci potencjalnego dawcy oraz zbadania, jakimi wskazaniem kierują się lekarze orzekając, że danemu pacjentowi należy wymienić narząd.

Gdy chodzi o moment śmierci dawcy, to „Zbiór zasad” przewiduje „że zgon dawcy powinien być stwierdzony przez komisję, złożoną z 3 lekarzy, nie biorących bezpośredniego udziału w zabiegu przeszczepienia” (Nr 35). Jako podstawę ustalenia momentu śmierci przyjęto dzisiaj śmierć mózgu. Kryteria tej śmierci są następujące:

1. dwumastogodzinna obserwacja linii poziomej w elektroencefalografie albo
2. wykazanie za pomocą arteriografii ustania krążenia mózgowego przynajmniej przez pół godziny. Obok tego obowiązuje stwierdzenie: a) głębokiej utraty świadomości, b) braku samoistnego oddychania, c) braku reakcji źrenic na światło i ich rozszerzenie¹⁷. Te kryteria śmierci, które, jak widać, chcą być kryteriami pewnymi, w intencji autorów mają maksymalnie zabezpieczyć prawo do życia dawcy serca. Ta ostrożność spowodowana jest swoistym konfliktem „interesów” osób, albowiem wzgląd na życie biorcy zmusza lekarza do przyspieszenia momentu pobierania serca, natomiast prawo do życia dawcy serca nakazuje odwlec to działanie do chwili jego niewątpliwiej śmierci. To właśnie prawo do życia dawcy serca w kontekście dwu sprzecznych dążeń do uszanowania jednego życia i ratowania drugiego stawiają pod znakiem zapytania moralną stronę transplantacji serca.

Otóż w świecie etyki laickiej istnieją dwa stanowiska. Pierwsze, które dopuszcza transplantację serca. Na takim stanowisku stoi np. Marek Fritzhand, który stwierdza, że aczkolwiek kryterium śmierci mózgu jest podyktowane względami praktycznymi - uzyskanie przyzwolenia „na pobieranie żywego jeszcze serca od dawcy w chwili, gdy nieodwracalnie zanika działalność jego mózgu”¹⁸ - a więc nie jest kryterium pewnym, mimo to wzgląd na rozwój medycyny domaga się rozsądnego kompromisu etycznego. Polega on na moralnej akceptacji transplantacji serca przy zachowaniu oczywiście maksymalnych środków ostrożności celem wykluczenia ewentualnych nadużyć.

W kręgu lekarzy panuje stanowisko przeciwne transplantacji serca. Przyjmują oni najpierw, że jest rzeczą bezwzględnie niedozwoloną pobranie serca od osoby żyjącej. Odrzucają zdecydowanie tezę głoszącą, że „można usprawiedliwić lekarza, który skrócił gasnące życie, aby uratować życie drugiego człowieka, jeśli działał w warunkach wyższej konieczności”¹⁹. Nie ma życia mniej wartościowego czy bardziej wartościowego, nie można poświęcić czyjś życia dlatego, że się je uważa za mniej wartościowe niż życie drugiego człowieka. Ponieważ zaś czas konieczny do pewnego ustalenia faktu zgonu przekracza znacznie czas konieczny do efektywnego dokonania przeszczepu, a pobranie serca w sytuacji niepewności zgonu godzi w nienaruszalne prawa człowieka, dlatego transplantacje serca są moralnie niedozwolone. Dodatkowo przeciw transplantacji serca przemawia fakt, że przeszczepione serce często nie zostaje przejęte przez organizm biorcy, a wtedy chory musi umrzeć, gdyż wyjęto mu jego własne serce²⁰. Dlatego, zdaniem lekarzy, przyszłość chirurgii serca widzi się

nie w jego przeszczepianiu, ale we wszczepieniu sztucznych protez.

Drugim, obok transplantacji serca, ważnym zagadnieniem jest przeszczepianie nerki. Sam fakt przeszczepienia jest w świecie lekarskim zjawiskiem, które zyskało sobie prawa obywatelstwa. Z punktu widzenia etycznego istotne zagadnienie sprowadza się do pytania: czy nerkę należy pobierać ze zwłok czy też od żyjącego dawcy²¹. Pobieranie nerki ze zwłok i przeszczepianie jej odbywa się najczęściej w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, po uznaniu śmierci dawcy. Otóż lekarze, którzy dokonują przeszczepiania nerki od zmarłego dawcy, najczęściej argumentują, że fakt śmierci dawcy stwierdzają lekarze nie zainteresowani przeszczepem²² i że to daje gwarancję nie naruszenia prawa do życia dawcy nerki.

Więcej dyskusji budzi fakt pobierania nerki od żywego dawcy. „Zbiór zasad” w wypadku pobierania narządów od osób żyjących w celu przeszczepienia ich osobom chorym „wymaga pisemnej zgody dawcy w pełni uświadomionego o możliwych wczesnych i późniejszych następstwach dla jego zdrowia, spowodowanych oddaniem narządu” (zasada 35). Prof. Bogusz interpretując tę zasadę stwierdza, że lekarz informując potencjalnego dawcę nie tylko nie może niczego zataić, „ale przeciwnie, zachodzi obowiązek przedstawienia jasno - ekspressis verbis - wszystkich gróźb”. I dodaje, że jest to nie tylko „obowiązek poinformowania”, ale prawdziwy „ciężar poinformowania”²³. Ponadto, zdaniem tegoż autora, pobieranie nerki od żyjącego człowieka należy uznać za okaleczenie go i narażenie na bezpośrednie czy późniejsze niebezpieczeństwo. Dlatego uważa, że „przeszczepienie nerki nie powinno być dokonywane za wszelką cenę”²⁴.

Oczywiście, zarówno w świetle wypowiedzi samych lekarzy, jak i zbioru zasad etyczno-deontologicznych „pobranie narządu od dzieci i małoletnich, osób upośledzonych umysłowo lub nie mających pełnej swobody działania jest niedopuszczalne” (zasada 35).

IV. EUTANAZJA

Eutanazja, jak mówią sami lekarze, należy do najtrudniejszych spraw z punktu widzenia etyki lekarskiej. Określa się ją (tzn. eutanazję) jako śmierć, „którą daje się choremu, aby skracać jego cierpienia, gdy jest nieuleczalnie chory”²⁵. W świetle wypowiedzi polskich lekarzy należy stwierdzić, że na ogół zdecydowanie występują przeciwko eutanazji stwierdzając, że „medycyna (od słowa medeor - lecze) stanęłaby w ostrym konflikcie ideologicznym sama z sobą, gdyby wprowadziła śmierć na miejsce życia”²⁶: Szczególnie wiele na ten temat pisze prof. Bogusz. Przyjmując tradycyjny podział na tzw. eutanazję czynną i bierną, stawia on najpierw pytanie: „czy wolno lekarzowi skrócić życie człowiekowi zbliżającemu się do śmierci przez czynne działanie, np. przez podanie nadmiernej dawki morfiny, jeśli miałoby to choremu oszczędzić cierpienia”²⁷. Otóż, zdaniem profesora, należy zdecydowanie taką możliwość odrzucić, gdyż skrócenie życia umierającemu jest z punktu widzenia praw-

nego zabójstwem. Ostatecznie więc jego argumentacja zmierza do stwierdzenia, że gdyby ustawodawstwo przyznało lekarzowi prawo skracania życia, czyli zabijania chorego, to wówczas uległoby zniweczeniu zaufanie do lekarzy, „albowiem [...] nie mógłby chory na poważną chorobę spokojnie i z ufnością spoglądać na zbliżającego się do jego łóżka lekarza, bez budzącego się niepokojącego pytania, czy lekarz zbliża się jako ten, kto ratuje, czy jako ten, kto zabije”²⁸. Stąd wyprowadza wniosek, że nigdy nie powinna i nie może nastąpić legalizacja eutanazji.

Podobnie, jeśli chodzi o eutanazję bierną, tzn. rozumianą jako zaniechanie stosowania sposobów przedłużających życie, prof. Bogusz uważa, że tam, gdzie nieprzeciwdziałanie śmierci równałoby się śmierci przez czynne działanie, tam musiałoby się zaniechanie osądzać wedle tych samych zasad co czynne. Zadaniem lekarza jest bowiem leczenie i utrzymywanie człowieka przy życiu, a nie skracanie życia i zadawanie śmierci. Profesor omawia również sytuację, gdy lekarz stosuje choremu zbliżającemu się do śmierci środki kojące z tą ewentualnością, że przyspieszy koniec jego życia. Tam, gdzie ratunek jest jeszcze możliwy, lekarz nie może narażać życia, aby oszczędzić cierpień, natomiast tam, gdzie ratunek jest niemożliwy, jak np. w wypadku chorych na raka z przerzutami, obowiązkiem lekarza jest stosowanie środków kojących, uśmierzających bóle, nawet gdyby to działanie prowadziło do nieuchronnej śmierci pacjenta, albowiem w obliczu nieuchronnej śmierci, może nie być celowe przedłużanie aktu umierania. To byłby, zdaniem profesora, jedyny wyjątek, który należałoby pozostawić dobrym, doświadczonym lekarzom²⁹. Widzimy więc, że przedstawiony pogląd jest zdecydowanie przeciwny dopuszczalności eutanazji.

Podobne stanowisko zajmuje prof. Kielanowski, który stwierdza, że lekarz nigdy nie może zabić pacjenta, gdy ten prosi o zabiegi niepotrzebne i mogące przynieść szkodę, a to dlatego, że „lekarz jest zawsze obrońcą życia, a nie jest nigdy najemnym wykonawcą życzeń klienta”³⁰.

V. ETYKA I PRZERYWANIE CIĄŻY

Przerwanie ciąży oznacza usunięcie, a więc uśmiercenie żywego płodu, czyli jest zadawaniem śmierci. Jak zatem w świetle przyjętej przez lekarzy tezy, że życie ludzkie jest zawsze „świętością”, która nie ma ceny, i że każde życie ma jednakową wartość, tzn. nie ma życia, które jest bardziej lub mniej warte, pogodzić z dopuszczalnością moralną przerwanie ciąży. Trzeba bowiem stwierdzić, że omawiani przez nas autorzy mniej lub bardziej wyraźnie usprawiedliwiają ten czyn. Może najbardziej reprezentatywne dla tej orientacji jest stanowisko Zbigniewa Szawarskiego, zawarte w artykule *Etyka i przerywanie ciąży*³¹. Z punktu widzenia etyki kluczowe staje się pytanie, czy płód ludzki jest człowiekiem, a wreszcie czy przysługuje mu prawo do życia w tym samym stopniu, co człowiekowi już urodzonemu. Dane niezbędne do sprecyzowania kryteriów człowieczeństwa czerpie Szawarski z nauk szczegółowych, a więc

ze źródeł empirycznych. Okazuje się jednak, że zgłoszone tam propozycje są liczne i różnorodne. Z trzech kryteriów: genetyczne, rozwojowe (ulegające dalszym podziałom na neurologiczne, aminacji i zdolności do samodzielnego istnienia) oraz narodzin - za najbardziej operatywne zostało uznane przez Szawarskiego kryterium genetyczne. Fakt poczęcia wyposażył powstały w tym momencie byt ludzki w kod genetyczny, tj. zespół potencjalnych sił rozwojowych, które czynią żeń jedyną, niepowtarzalną istotą ludzką. Korzystając z zawartych w tych stwierdzeniach danych, Szawarski formułuje etyczną „zasadę potencjalności”, w której orzeka: „jest rzeczą moralnie złą unicestwić potencjalność istoty poczętej przez ludzkich rodziców”³². Przerwanie ciąży jest aktem moralnie złym, ponieważ w każdym wypadku stanowi ono unicestwienie potencjalności ludzkiej. Z tego jednak, zdaniem omawianego autora, nie wynika „że nigdy nie należy przerywać ciąży i że praktyka ta winna być zabroniona przez prawo. Jedyną racją usprawiedliwiającą unicestwienie poczętej istoty ludzkiej jest potencjalność innej, nie poczętej jeszcze lub istniejącej już istoty”³³. Tak się ma rzecz w wypadku wskazań lekarskich, czy też postulatów demograficznych. Godzimy się wtedy na jedno zło, aby uniknąć innego - większego. Twierdzenie, że racją dopuszczalności przerywania ciąży jest uniknięcie większego zła - śmierci innej istoty ludzkiej, jest przyjmowane przez innych autorów. I tak np. T. Kielanowski uważa, że przerywanie ciąży stanowi jedyny wyjątek od zasady, w myśl której lekarz jest zawsze obrońcą życia. Prawo przerywania ciąży opiera się na zasadzie mniejszej szkody, „bo uważamy - pisze on - że mniejszą szkodą jest zabicie kilkunastomilimetrowego płodu niż śmierć matki wskutek choroby lub wskutek zabiegu interupcji, wykonanego przez osobę niewykwalifikowaną, w nieodpowiednich warunkach sanitarnych”.

Ponadto dopuszczalność moralna zabiegu opiera się, zdaniem profesora, „na nieuznaniu wczesnego płodu za człowieka”, a jedynie traktowaniu go jako „część ciała matki”³⁴. Równie niekonsekwentne stanowisko zajmuje prof. Schwarc, który stwierdza, że jest zdecydowanie przeciw przerywaniu pierwszej ciąży, które doprowadza do nieodwracalnych psychosomatycznych następstw i staje się przyczyną tragedii życiowych kobiet. Niemniej „wskazania lekarskie do przerywania ciąży muszą być utrzymane i honorowane”³⁵. Za przerywaniem ciąży ze wskazań lekarskich opowiada się prof. Bogusz uznając, że „z lekarskich względów wskazane jest zniszczenie płodu dla ratowania matki”³⁶

Widać więc, że przedstawione stanowiska dopuszczające przerywanie ciąży są niekonsekwentne w swej podstawowej zasadzie deontologii lekarskiej, iż naczelnym obowiązkiem lekarza jest ratowanie życia; ratowanie życia jednego człowieka nie może być dokonywane przez zabicie innego. Jeśli lekarzowi nie przysługuje prawo do zabicia chorego, „choćby nawet w krańcowych przypadkach”, jak mówi prof. Bogusz, to takim krańcowym przypadkiem może być w odniesieniu do dziecka nie narodzonego ciężka choroba matki, zagrażająca jej życiu. Rozwiązanie takiej sytuacji nie może wpływać z tzw. wskazania „lekarskiego”, ponieważ wskazania do zabicia kogokolwiek nie można nazwać lekarskim, „lecz z ogólnych wytycznych ochrony każdego zagrożonego życia”³⁷

Nie można również zezwolić na zabijanie jednych w imię potencjalności drugich, jak głosi Szawarski. „Czy jedynym sposobem - zauważa J. Gula - jaki może wymyślić człowiek w celu uniknięcia grożącego mu przeludnienia [...] ma być uśmiercanie nie narodzonych?”³⁸. Ponadto, Jeśli uzna się za konieczne unicestwienie jednych dla dobra drugich, to dlaczego ofiarami mają padać nie narodzeni, a nie już narodzeni? Dlaczego o losie najsłabszych mają decydować najsilniejsi?³⁹ Widać więc do jakich konsekwencji prowadzi niekonsekwentne traktowanie przyjętych zasad etyki lekarskiej.

WNIOSKI

Ten krótki przegląd świeckiej deontologii lekarskiej pozwala na wysunięcie kilku ogólnych wniosków.

1. Podstawowa zasada deontologii lekarskiej głosząca, że obrona życia ludzkiego należy do najszczytniejszych obowiązków lekarza jest zasadą, która nie budzi sama w sobie zastrzeżeń. Kiedy jednak pytamy o uzasadnienie tej tezy, to sprawa zaczyna się komplikować. Omawiani autorzy w uzasadnieniu odwołują się do tradycji i prawa. Wydaje się, że jest to argumentacja zbyt słaba i niewystarczająca. Lekarz w podejmowaniu takich czy innych decyzji musi nie tylko wiedzieć, że dobro życia pacjenta jest jego najważniejszym celem, ale musi być przekonany dlaczego, czyli musi mieć jakąś koncepcję osoby, która pozwoli mu to dobro życia właściwie odczytać. Inaczej mówiąc, deontologia musi opierać się na etyce, ta zaś winna zawierać właściwą antropologię, opartą na integralnej rzeczywistości osoby ludzkiej.

2. Ogromną rolę w deontologii lekarskiej przypisuje się sumieniu lekarza. W zasadzie 7 czytamy, że „w wyborze postępowania lekarz winien opierać się na swej wiedzy i sumieniu”. Sumienie stanowi dla lekarza, obok prawa, najważniejszy czynnik w podejmowaniu decyzji. Trudno nie zgodzić się z tezą o roli sumienia w moralnym postępowaniu lekarza: „sumienie musi mu wskazać drogę, ono jest jego najwyższym kontrolerem i sędzią”⁴⁰ - mówi prof. Bogusz. Problem tkwi jednak w tym, że sumienie sumieniu nie równe. Człowiek kształtuje swoje sumienie opierając się na przyjętych zasadach i normach etycznych. Szczególnie w sytuacji konfliktu, gdy chodzi o decyzje dla lekarza najważniejsze, jak chociażby problem życia czy śmierci, sumienie będzie szukało pomocy w przyjętej hierarchii wartości, a więc w obiektywnym porządku moralnym. Dlatego tak ważną sprawą jest kształtowanie sumienia na fundamencie właściwej hierarchii wartości. Jednocześnie należy zauważyć, że w imię wolności sumienia „lekarz powinien odmówić wykonania czynności, które według jego przekonania i sumienia mogą być szkodliwe lub nieetyczne” (zasada 7).

3. Należy wreszcie stwierdzić, że przedstawione zasady deontologii lekarskiej w większości rozstrzygnięć zgodne są z zasadami etyki chrześcijańskiej. Zasadnicza różnica widoczna jest w ocenie dopuszczalności i przerywania ciąży. Etyka chrześcijańska uważa wszystkie akty bezpośredniego przerywania ciąży jako moralnie zakazane,

a odnośna norma moralna ma charakter absolutny, nie dopuszczający wyjątków. Uważa bowiem, że „jeśli się naruszy prawo człowieka do życia w tym momencie, w którym poczyną się ono jako człowiek pod sercem matki, godzi się pośrednio w cały ład moralny, który służy zabezpieczeniu nienaruszalnych dóbr człowieka. Życie jest pierwszym z tych dóbr”⁴¹.

„ P R Z Y P I S Y

¹ T. K i e l a n o w s k i. *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*. W: *Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej*. Pod. red. T. Kielanowskiego. Warszawa 1980 s. 9.

² *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza*. Wyd. IV. Warszawa 1984.

³ T. B r z e z i ń s k i. *Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej*. W: *Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej*. s. 16-66; tamże: B. P o p i e l s k i. *Szczególne zagadnienia z pogranicza etyki i prawa* s. 119-129; tamże: Z. M a r e k. *Niektóre przyczyny konfliktów między pacjentem a lekarzem* s. 138-156; tamże: B. P o p i e l s k i. *Pogranicza etyki i prawa* s. 105-119; tamże J. B o g u s z. *Zasady deontologiczne zrodzone przez postępy wiedzy lekarskiej*. s. 66-105; tamże: S. R a s z e j a. *Z pogranicza etyki i cywilno-prawnej odpowiedzialności lekarza* s. 124-138.

⁴ *Etyczne aspekty transplantacji serca*. W: „Etyka” 4: 1969 s. 10-48; Z. S z a w a r s k i. *Etyka a przerywanie ciąży*. W: „Etyka” 16: 1978 s. 51-79; H. J a n k o w s k i. *Istnienie, moralność, sprawiedliwość a etyka*. „Etyka” 14: 1975 s. 13-25; B. G ó r n i c k i. *Nowe problemy etyki lekarskiej*. „Etyka” 14: 1975 s. 25-41; M. F r i t z h a n d. *Etyka a pojęcie zdrowia psychicznego*. Tamże s. 53-67; J. J a r o s z y ń s k i. *Zdrowie psychiczne a etyka*. Tamże s. 69-78; T. K i e l a n o w s k i. *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*. Tamże s. 97-104; Z. Z i e m b i ń s k i. *Prawne i moralne problemy śmierci i umierania*. Tamże s. 107-114; W. D e g a. *Etyczno-deontologiczne zagadnienia w rehabilitacji osób poszkodowanych na zdrowiu fizycznym*. Tamże s. 139-152; J. H o ł ó w k a. *O pojęciu i wartości zdrowia*. „Etyka” 15: 1977 s. 63-77.

⁵ *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie*. Pod. red. J. Bogusza. Bydgoszcz 1985; R. K a ł u ż a. *Nie przechytrzać natury*. Warszawa 1978; T. K i e l a n o w s k i. *Rozmyślenia o przemijaniu*. Warszawa 1980; J. B o g u s z. *Lekarz i jego chorzy*. Wyd. 2. Warszawa 1984.

⁶ Por. S. O l e j n i k. *Pozamarksistowska etyka niezależna w Polsce*. W: *Teologia moralna w obliczu aktualnego stanu etosu polskiego*. Kraków 1977 s. 87-119; T. Ś l i p k o. *Niektóre kierunki etyki laickiej w Polsce współczesnej*. „Homo Dei” 27: 1958, s. 153-161.

⁷ *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza*. Zasada 2.

⁸ Por. T. B r z e z i ń s k i. *Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej* s. 22.

⁹ Por. H. J a n k o w s k i. *Istnienie, sprawiedliwość a problemy medycyny*. „Etyka” 14: 1975 s. 13-25.

¹⁰ T. Ś l i p k o. *Zarys etyki szczegółowej*. T. 1. Kraków 1982 s. 100.

¹¹ J. B o g u s z. *Sumienie najwyższym sędzią*. W: *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie* s. 7.

- 12 J. B o g u s z. *Zasady deontologiczne zrodzone przez postępy wiedzy lekarskiej* s. 71; Por. A. K u n i c k i. *Granice eksperymentów*. W: R. K a ł u ż a. *Nie przechytrzać natury* s. 120.
- 13 B o g u s z, jw. s. 71.
- 14 *Zbiór zasad* nr 32-35.
- 15 G ó r n i c k i. *Nowe problemy etyki lekarskiej*. s. 35.
- 16 Por. „Etyka” 4: 1969. s. 10-48.
- 17 B o g u s z. *Zasady deontologiczne zrodzone przez postępy wiedzy lekarskiej* s. 74.
- 18 F r i t z h a n d. *Etyczne aspekty transplantacji serca*. „Etyka” 4 1969 s. 26.
- 19 B o g u s z. *Zasady deontologiczne* s. 75.
- 20 Tamże.
- 21 Por. tamże s. 77; K a ł u ż a. *Nie przechytrzać natury* s. 89-100.
- 22 O r ł o w ś k i. *Etyczne aspekty transplantacji serca*. „Etyka” 4: 1969 s. 22-24; tamże. N i e l u b o w i c z s. 31-33.
- 23 B o g u s z. *Zasady deontologiczne* s. 78.
- 24 Tamże.
- 25 B. G ó r n i c k i. *Nowe problemy etyki lekarskiej*. „Etyka” 14: 1975 s. 36.
- 26 Tamże s. 37.
- 27 B o g u s z. *Zasady deontologiczne* s. 82
- 28 Tamże; por. t e n ż e. *Sumienie najwyższym sędzią*. s. 6.
- 29 Tamże s. 9
- 30 T. K i e l a n o w s k i. *Medycyna i moralne problemy umierania i śmierci*. „Etyka” 14 (1975) s. 100.
- 31 Z. S z a w a r s k i. *Etyka i przerywanie ciąży*. „Etyka” 16: 1978 s. 51-80.
- 32 Tamże s. 75.
- 33 Tamże s. 78.
- 34 K i e l a n o w s k i. *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci* s. 101.
- 35 K a ł u ż a. *Nie przechytrzać natury* s. 35.
- 36 B o g u s z. *Zasady deontologiczne* s. 75,
- 37 Por. W. F i j a ł k o w s k i. *Dar rodzenia*. Warszawa 1983 s. 86.
- 38 J. G u l a. *Przerywanie ciąży a etyka*. „Roczniki filozoficzne KUL”. T. XXX „Roczniki Filozoficzne” 30:1982 z. 2 s. 119.

39 Tamże s. 121.

40 B o g u s z. *Sumienie najwyższym sędzią* s. 9.

41 J a n P a w e ł II. *Prawo do ziemi, prawo do życia*. Homilia w czasie mszy św. Nowy Targ 8 VI. 1979. W: *Przemówienia i homilie*. Kraków 1979 s. 198.

Das Lebenswohl als Kriterium ärztlicher Interventionen. Die Grundlagen der laizistischen Deontologie

Z u s a m m e n f a s s u n g

Das sittliche Bewusstsein der polnischen Gesellschaft wird von der Einwirkung sowohl der christlichen Ethik als auch einer weit verstandenen laizistischen Ethik bestimmt, deren Grundlage in der Abwendung von jeglicher Transzendenz, d. h. in der Unabhängigkeit von der Religion besteht. Es gibt nämlich, besonders was den Bereich der ärztlichen Ethik betrifft, solche Autoren, die die Grundlagen dieser Ethik auf sog. rational-humanistische Prämissen stützen. Dabei wenden sie sich bewusst oder unbewusst von den religiösen Prämissen ab. Einige Standpunkte enthalten ethische Anweisungen, die den christlichen nahestehen, so wie sie in der Moralthologie gegeben werden. Andere wiederum enthalten völlig verschiedene, manchmal sogar den christlichen entgegengesetzte Anweisungen.

Im Lichte dieser von den polnischen Autoren vertretenen laizistischen Ethik stellt der Schutz des menschlichen Lebens das höchste Ziel des ärztlichen Wirkens dar. Die Gründe, die dafür angeführt werden, sind aber nicht überzeugend. Den Wert des Lebens begründet man damit, dass das menschliche Leben nicht nur biologischen Wert hat und dass der Arzt kein „Herr über Leben und Tod“ sein darf. Dieses Oberprinzip des Lebensschutzes findet seine Realisierung in bestimmten konkreten Fällen. Was die ärztlichen Experimente an Menschen betrifft, so wurden diese durch strenge Bedingungen abgesichert, wobei der praktische Nutzen und der Risikograd eine entscheidende Rolle spielen. Angesichts der ethischen Problematik von Herztransplantationen sind zwei Standpunkte ersichtlich: der eine lässt ein solches Handeln zu, wenn dabei maximale Vorsicht angewandt und eventuelle Missbräuche ausgeschlossen werden; der andere dominiert in ärztlichen Fachkreisen, die gegen Herztransplantationen sind, und wird z. B. von Prof. Bogusz und Prof. Kielanowski vertreten.

Der standpunkt der polnischen Ärzte und Ethiker zur Euthanasie ist deshalb gegen ein solches Handeln gerichtet, weil der Arzt prinzipiell immer das Leben schützen, es aber nicht abkürzen oder gar abtöten soll. Was den Schwangerschaftsabbruch betrifft, so ist der Standpunkt der laizistischen Ethik dem Grundprinzip der ärztlichen Ethik, das Leben als das höchste Gut zu schützen, diametral entgegengesetzt. Die besprochenen polnischen Autoren rechtfertigen dieses Tun mehr oder weniger und geben dafür verschiedene Argumente an. Auf diesem Gebiet ist die laizistische Ethik ihrem Grundprinzip dass das Lebenswohl das höchste Gesetz für ärztliche Interventionen darstellt, gegenüber am inkonsequentesten. In der Einschätzung der Zulässigkeit des Schwangerschaftsabbruchs unterscheidet sich die laizistische von der christlichen Ethik.