

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 wskazujące na wartość życia jako naczelnego 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 również komentarz napisany w formie opracowania wybranych zagadnień z etyki i deontologii lekarskiej³, a także

¹ T. Kielanowski, *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*, w: *Etyka i deontologia lekarska*, pod red. T. Kielanowskiego, Warszawa 1985, s. 7.

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

³ T. Brzeziński, *Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej*, w: *Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej*, dz. cyt., s. 16-66; tamże B. Popielski, *Szczególne zagadnienia z pogranicza etyki i prawa*, s. 119-129; tamże Z. Marek, *Niektóre przyczyny konfliktów między pacjentem a lekarzem*, s. 138-156; tamże B. Popielski, *Pogranicza etyki i prawa*, s. 105-119; tamże J. Bogusz, *Zasady deontologiczne zrodzone przez postępy wiedzy lekarskiej*, s. 66-106; tamże S. Raszaja, *Z pogranicza etyki i cywilno-prawnej odpowiedzialności lekarza*, s. 124-138.

artykuły zamieszczane na łamach „Etyki”⁴ oraz inne opracowania dotyczące zagadnienia etyki lekarskiej⁵ stanowią bazę źródłową, w oparciu o którą zostanie przedstawiony problem postawiony w tytule. Zawężenie bazy źródłowej 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 oderwanie się od wszelkiej transcendencji, czyli niezależność od religii, a praktycznie w Polsce — od religii chrześcijańskiej. Tak rozumianą etykę niezależną można nazwać laicką lub — jak na Zachodzie — etyką humanistyczną. U nas w Polsce obecnie 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 w oparciu o tzw. przesłanki racjonalno-humanistyczne. 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 ustawione antagonistycznie w stosunku do chrześcijańskich⁶.

Ponadto należy stwierdzić, że zakres oddziaływania tych koncepcji laickich jest niewątpliwie duży. Szczególnie, kiedy w sprawach etyki lekarskiej zabierają głos ludzie posiadający wysoki autorytet naukowy. Niestety, ich rozstrzygnięcia w dziedzinie moralnej budzą niekiedy zastrzeżenia.

⁴ *Etyczne aspekty transplantacji serca*, w: *Etyka* 4 (1969), s. 10-48; Z. Szawarski, *Etyka a przerywanie ciąży*, w: *Etyka* 16 (1978), s. 51-79; H. Jankowski, *Istnienie, moralność, sprawiedliwość a etyka*, *Etyka* 14 (1975), s. 13-25; B. Górnicki, *Nowe problemy etyki lekarskiej*, *Etyka* 14 (1975), s. 25-41; M. Fritzhand, *Etyka a pojęcie zdrowia psychicznego*, tamże, s. 53-67; J. Jaroszyński, *Zdrowie psychiczne a etyka*, tamże, s. 69-78; T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, tamże, s. 97-104; Z. Ziemiński, *Prawne i moralne problemy śmierci i umierania*, tamże, s. 107-114; W. Dega, *Etyczno-deontologiczne zagadnienia w rehabilitacji osób poszkodowanych na zdrowiu fizycznym*, tamże s. 139-152; J. Hołowska, *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. Kałuża, *Nie przechytrzać natury*, Warszawa 1978; T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, Warszawa 1980; J. Bogusz, *Lekarz i jego chorzy*, wyd. II, Warszawa 1984.

⁶ Por. St. Olejnik, *Pozamarksistowska etyka niezależna w Polsce w: Teologia moralna w obliczu aktualnego stanu etosu polskiego*, Kraków 1977, s. 87-119; T. Ślipko, *Niektóre kierunki etyki laickiej w Polsce współczesnej*, *Homo Dei* 27 (1958), s. 153-161.

Należy więc przypatrzeć się, jak 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 dla lekarza. Następnie zaś przedstawić, jak ta zasada realizowana jest w pewnych konkretnych działaniach, takich jak: eksperyment lekarski, transplantacja serca i nerki, eutanazja oraz przerywanie ciąży.

1. 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 on wszystko, co w jego mocy, by ratować życie i przywrócić utracone zdrowie. Oznacza to dalej, że dla lekarza chory, jego zdrowie i życie muszą zawsze stanowić cel jego działania, a nie przedmiot, środek osiągnięcia innego celu⁸. Słusznie zauważa H. Jankowski, że problem wartości istnienia ściśle wiąże się z rozstrzygnięciami 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 odrzucić 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 kończy się

⁷ *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza, zasada 2.*

⁸ Por. T. Brzeziński, *Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej dz. cyt.*, s. 22.

⁹ Por. H. Jankowski, *Istnienie, sprawiedliwość a problemy medycyny, Etyka 14* (1975), s. 13 - 25.

¹⁰ T. Słipko, *Zarys etyki szczególowej*, t. 1, Kraków 1982, s. 100.

¹¹ J. Bogusz, *Sumienie najwyższym sędzią w: Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie, dz. cyt.*, s. 7.

zasadniczo możliwość uzasadnienia wartości życia na stwierdzeniu, że życie ludzkie ma wartość nie tylko biologiczną. Inny ważny argument, który przytacza się za absolutną wiernością zasadzie, że życie i zdrowie pacjenta jest najwyższym prawem, to ten, że lekarz nie może wszystkiego przewidzieć, nie ma monopolu na nieomyłność, 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 całego stosunku 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 przypadkach.

2. 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 jako próby zastosowania nowej metody lub nowego leku 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 jak i o możliwym ryzyku.

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

¹² J. Bogusz, *Zasady deontologiczne zrodzone przez postępy wiedzy lekarskiej*, dz. cyt., s. 71; Por. A. Kunicki, *Granice eksperymentów*, w: R. Kałuża, *Nie przechytrzać natury*, dz. cyt., s. 120.

¹³ J. Bogusz, dz. cyt., s. 71.

4. Wykonanie eksperymentu musi mieć miejsce w odpowiednich warunkach i być przeprowadzone 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, jest 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. Nie wolno narażać życia, które „jest największym dobrem biologicznym i sensem trwania gatunku”¹⁵.

3. ETYCZNY ASPEKT TRANSPLANTACJI

Z eksperymentem medycznym ściśle wiąże się problematyka etyczna transplantacji narządów, tj. 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, filozofii, prawa i etyki. W toku dyskusji poruszono wiele istotnych problemów¹⁶.

Istota zagadnienia sprowadza się do określenia momentu śmierci potencjalnego dawcy, oraz określenia, jakimi wskazaniem kierują się lekarze, gdy uważają, że danemu pacjentowi należy wymienić chory 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). Za podstawę ustalenia momentu śmierci przyjęto dzisiaj śmierć mózgu. Kryteria tej śmierci są następujące:

1. dwunastogodzinna obserwacja linii poziomej w elektroencefalografii, albo

2. wykazanie za pomocą arteriografii ustania krążenia mózgowego przynajmniej przez pół godziny. Ponadto jeszcze:

- a) głęboka utrata świadomości,
- b) brak samoistnego oddychania,
- c) brak reakcji źrenic na światło i rozszerzenie ich¹⁷.

¹⁴ *Zbiór zasad...*, dz. cyt., nr 32 - 35.

¹⁵ B. Górnicki, *Nowe problemy etyki lekarskiej*, art. cyt., s. 35

¹⁶ Por. *Etyka* 4 (1969), s. 10 - 48.

¹⁷ J. Bogusz, *Zasady deontologiczne zrodzone przez postępy wiedzy lekarskiej*, dz. cyt., s. 74.

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 względ na życie biorcy zmusza lekarza do przyspieszenia momentu pobierania serca, natomiast prawo do życia dawcy serca nakazuje odwlec to działanie do chwili jego niewątpliwej śmierci. To właśnie prawo do życia dawcy serca w kontekście dwu sprzecznych dążeń do uszanowania jednego życia i ratowania drugiego życia, 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 kryteria śmierci, jakim jest śmierć mózgu, są podyktowane względami praktycznymi, by istniało przyzwolenie na pobieranie żywego jeszcze serca od dawcy w chwili, gdy nieodwracalnie zanika działalność jego mózgu¹⁸, a więc nie są kryteriami pewnymi, mimo to względ 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 fachowców lekarzy panuje stanowisko przeciwne transplantacji serca. Przyjmują oni najpierw, że jest rzeczą bezwzględnie niedozwoloną pobrać serce od żyjącej osoby. 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 czyjegoś życia dlatego, że się je uważa za mniej wartościowe w porównaniu z życiem drugiego człowieka. Ponieważ zaś czas konieczny do pewnego ustalenia faktu 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 przyjęte przez ustrój 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 wszczepianiu sztucznych protez.

Obok transplantacji serca, drugim ważnym zagadnieniem jest przeszczepianie nerki. Sam fakt przeszczepiania jest już w świecie lekarskim

¹⁸ M. F r i t z h a n d, *Etyczne aspekty transplantacji serca*, *Etyka* 4 (1969), s. 26.

¹⁹ J. B o g u s z, *Zasady deontologiczne...*, *dz. cyt.*, s. 75.

²⁰ *Tamże*.

zjawiskiem, które zyskało sobie prawa obywatelskie. Z punktu widzenia etycznego, istotne zagadnienie sprowadza się do pytania: czy należy pobierać nerkę ze zwłok czy 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 niezainteresowani przeszczepem²², i to daje gwarancję, że nie naruszy się 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 — *ekspresis verbis* — wszystkich zagrożeń. I dodaje, że jest to nie tylko obowiązek poinformowania, ale prawdziwy ciężar poinformowania²³. 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 cenę²⁴. 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).

4. EUTANAZJA

Eutanazja, jak mówią sami lekarze, należy do najtrudniejszych spraw z punktu widzenia etyki lekarskiej. Określa się ją jako śmierć, którą zadaje się choremu, aby skrócić jego cierpienia, gdy jest nieuleczalnie chory²⁵. W świetle wypowiedzi polskich lekarzy należy stwierdzić, że na ogół zdecydowanie występują przeciwko eutanazji stwierdzając, że me-

²¹ Por. tamże, s. 77; R. Kałuża, *Nie przechytrzać natury*, dz. cyt., s. 89 - 100.

²² T. Orłowski, *Etyczne aspekty transplantacji serca*, *Etyka*, dz. cyt., s. 22 - 24; tamże, J. Nielubowicz, s. 31 - 33.

²³ J. Bogusz, *Zasady deontologiczne...*, dz. cyt., s. 78.

²⁴ Tamże.

²⁵ B. Górnicki, *Nowe problemy etyki lekarskiej*, *Etyka* 14 (1975), s. 36.

dycyna (od słowa *medeor* — leczę) stanęłaby w ostrym konflikcie ideologicznym sama z sobą, gdyby wprowadziła śmierć na miejsce życia²⁶. Szczególnie wiele na ten temat pisze prof. Bogusz. Przyjmując tradycyjny podział na tzw. eutanazję czynną i bierną, Profesor stawia najpierw pytanie: czy wolno lekarzowi skrócić życie człowiekowi zbliżającemu się do śmierci przez czynne działanie, np. przez podanie nadmiernej dawki morfiny, jeśli miałyby to choremu oszczędzić cierpienia²⁷. Otóż, zdaniem Profesora, należy zdecydowanie taką możliwość odrzucić, gdyż skrócenie życia umierającemu jest z punktu widzenia prawnego zabójstwem. Ostatecznie więc argumentacja Profesora zmierza do stwierdzenia, że gdyby ustawodawstwo przyznało lekarzowi prawo skracania życia, czyli zabijania chorego, to wówczas uległoby zniweczeniu zaufanie do lekarzy, albowiem, jak pisze Profesor, „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, Profesor uważa, że tam, gdzie nieprzeciwdziałanie śmierci równałoby się śmierci przez czynne działanie, tam musiałyby się zaniechanie osądzać wedle tych samych zasad co czynne działanie. Zadaniem bowiem lekarza jest leczyć i utrzymywać człowieka przy życiu, a nie skracać życie i zadawać śmierć.

Profesor omawia również sytuację, gdy lekarz stosuje choremu zbliżającemu się do śmierci środki kojące z tą ewentualnością, że przyspieszy koniec życia. Tam, gdzie ratunek jest jeszcze możliwy, nie wolno lekarzowi 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 gdy to zmierza do nieuchronnej śmierci; 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 niepotrzeb-

²⁶ *Tamże*, s. 37.

²⁷ J. Bogusz, *Zasady deontologiczne...*, dz. cyt., s. 82.

²⁸ *Tamże*, *Sumienie najwyższym sędzią*, dz. cyt., s. 6.

²⁹ *Tamże*, s. 9.

ne i mogące przynieść szkodę, a to dlatego, że „lekarz jest zawsze obrońcą życia, a nie jest nigdy najemnym wykonawcą życzeń klienta”³⁰.

5. ETYKA I PRZERYWANIE CIĄŻY

Przerwanie ciąży oznacza usunięcie a więc uśmiercenie żywego płodu, czyli jest zadaniem śmierci. Jak zatem w świetle tezy przyjętej przez lekarzy, 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 przerwania 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 wyposaża powstały w tym momencie byt ludzki w kod genetyczny, a więc zespół potencjalnych sił rozwojowych, które czynią zeń jedyną, niepowtarzalną istotę ludzką. Korzystając z zawartych w tych stwierdzeniach danych, Szawarski formułuje etyczną zasadę potencjalności, która orzeka, że „jest rzeczą moralnie złą unicestwić potencjalność istoty poczętej przez ludzkich rodziców”³². Toteż przerwanie ciąży jest aktem moralnie złym, ponieważ w każdym wypadku jest to 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 usprawiającą unicestwienie poczętej istoty ludzkiej jest potencjalność innej, nie poczętej jeszcze lub istniejącej już istoty³³. Tak się ma rzecz w wypadku wskazań lekarskich, czy też postulatów demograficznych. Godzimy się wtedy na jedno zło, aby uniknąć innego większego.

³⁰ T. Kielanowski, *Medycyna i moralne problemy umierania i śmierci*, *Etyka* 14 (1975), s. 100.

³¹ Z. Szawarski, *Etyka i przerywanie ciąży*, *Etyka* 16 (1979), s. 51 - 80.

³² *Tamże*, s. 75.

³³ *Tamże*, s. 78.

Twierdzenie, że racją o dopuszczalności przerywania ciąży jest uniknięcie większego zła, którym jest śmierć 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 interrupcji, wykonanego przez osobę niewykwalifikowaną, w nieodpowiednich warunkach sanitarnych”.

Ponadto dopuszczalność moralna zabiegu opiera się, zdaniem Profesora, na nieuznawaniu 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 przerwaniu pierwszej ciąży, które doprowadza do nieodwracalnych psychosomatycznych następstw i staje się przyczyną tragedii życiowych kobiety. Niemniej wskazania lekarskie do przerywania ciąży muszą być utrzymane i honorowane³⁵. Za przerwaniem ciąży ze wskazań lekarskich opowiada się Prof. Bogusz uznając, że z lekarskich względów wskazane jest zniszczenie płodu dla ratowania matki³⁶.

Widać więc, że przedstawione stanowiska, dopuszczające przerwanie ciąży są straszliwie niekonsekwentne w swej podstawowej zasadzie deontologii lekarskiej, iż naczelnym obowiązkiem lekarza jest ratowanie życia. Przy czym to 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 wypływać z tzw. wskazania lekarskiego, ponieważ wskazania do zabicia kogokolwiek nie można nazwać lekarskim, lecz z ogólnych wytycznych ochrony każdego zagrożonego życia³⁷. 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 pa-

³⁴ T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, art. cyt., s. 101.

³⁵ R. Kałuża, *Nie przechytrzać natury*, dz. cyt., s. 55.

³⁶ J. Bogusz, *Zasady deontologiczne...*, dz. cyt., s. 75.

³⁷ Por. W. Fijałkowski, *Dar rodzenia*, Warszawa 1983, s. 86.

³⁸ J. Gula, *Przerywanie ciąży a etyka*, *Roczniki Filozoficzne KUL*, t. XXX, z. 2 (1982), s. 119.

dać 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 wy-sunięcie 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 jest jednak w tym, że sumienie sumieniu nierówne. Człowiek kształtuje swoje sumienie w oparciu o przyjęte zasady i normy etyczne. Szczególnie w sytuacji konfliktu, gdy chodzi o decyzje najważniejsze, jak chociażby dla lekarza problem życia czy śmierci, sumienie będzie szukało w przyjętej hierarchii wartości, a więc w obiektywnym porządku moralnym. Dlatego tak ważną sprawą jest kształtować sumienia w oparciu o właściwą hierarchię 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 chrześ-

³⁹ *Tamże*, s. 121.

⁴⁰ J. Bogusz, *Sumienie najwyższym sędzią*, art. cyt., s. 9.

cyjńskiej. Zasadnicza różnica widoczna jest w ocenie dopuszczalności przerywania ciąży. Etyka chrześcijańska określa 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.

⁴¹ Jan Paweł 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.