

Seweryn Szatkowski

ZASADA ŻYCZLIWOŚCI W MEDYCYNIE

Zasada życzliwości we współczesnej etyce medycyny to zasada zobowiązująca lekarza do działania zawsze dla dobra chorego. W Przysiędze Hipokratesa zobowiązanie to zostało wyrażone dwukrotnie: „Będę stosował zabiegi lecznicze wedle moich możliwości i zdolności ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy” i „Do jakiegokolwiek wejdę domu, wejdę doń dla pożytku chorych, wolny od wszelkiej chęci krzywdzenia i szkodzenia”¹. Obowiązek ten, w takim czy innym sformułowaniu ujęty we wszystkich współczesnych przyrzeczeniach i kodeksach etyki lekarskiej, wyraża też słynna łacińska maksyma: *salus aegroti suprema lex* (dobro chorego najwyższym prawem).

Słowo „życzliwość” kojarzy się w języku polskim z pewnym sposobem bycia – miłym, uprzejmym, uczynnym itd. Mówiąc o życzliwości mamy jednak na myśli szersze rozumienie tego słowa; chodzi o działanie dla czyjegoś dobra bądź postawę, która takiemu działaniu daje początek. Język angielski dysponuje tu dwoma osobnymi terminami: *benevolence* na oznaczenie postawy oraz *beneficence*, odnoszące się do samego działania. Różni autorzy rozmaicie definiują te terminy. Dla Jamesa Childressa, *benevolence* to „wola lub skłonność do działania dla dobra innych”, *beneficence* zaś to „działanie lub usiłowanie działania w tym celu”. Według Allena Buchanana, *benevolence* to „bezpośredni wzgląd na dobro innych”, a *beneficence* – „działanie, które ma spowodować dobro”. Zdaniem Williama Frankena, *benevolence* to „skłonność do bycia życzliwym”, a *beneficence* to „czym osoba życzliwa byłaby lub to, co by miała, gdyby posiadała potrzebną wiedzę i władzę”². Ten ostatni autor definiuje również życzliwość jako

¹ Tłumaczenie G. Piankówny zamieszczone w pracy W. Szenajcha *Przysięga i przykazania Hipokratesowe*, Warszawa 1931.

² J.F. Childress *Who Should Decide? Paternalism in Health Care*, Oxford 1982, s. 28. A.E. Buchanan *Philosophical Foundations of Beneficence* oraz W.K. Frankena *Beneficence in an Ethics of Virtue* [w:] E.E. Shelp (red.) *Beneficence and Health Care*, Dordrecht 1982, s. 33 i 67.

bezpośrednie lub pośrednie zainteresowanie dobrem innych, tj. nieszkodzenie im, działanie dla ich dobra, zapobieganie złu, jakie może ich spotkać lub usuwanie, naprawianie albo wynagradzanie zła, które ich spotkało³. Z bezpośrednim zainteresowaniem dobrem innych mamy do czynienia wówczas, gdy jest ono jedynym celem osoby działającej; o pośrednim zainteresowaniu można mówić wtedy, gdy jej zasadniczym zamiarem jest wywiązanie się z obowiązku moralnego. Z pewnych względów uzasadnione wydaje się oddzielenie „nieszkodzenia” od pozostałych trzech elementów życzliwości wymienionych przez Frankenę: (1) obowiązek nieszkodzenia jest w większym stopniu niezależny od ról i relacji; (2) dopuszcza mniej swobody w jego wypełnianiu; (3) wymaga przyjmowania od siebie większego ryzyka; (4) obowiązek życzliwości wymaga podejmowania czynnego działania; (5) zdarza się, że obowiązek życzliwości stoi w konflikcie z obowiązkiem nieszkodzenia⁴.

Zasadę życzliwości zdefiniować można – w ślad za Tomem Beauchampem i Jamesem Childressem – jako zasadę, która formułuje „obowiązek udzielania pomocy innym w realizowaniu ważnych i uzasadnionych interesów”⁵. Próbując określić rolę, jaką zasada ta pełni w etyce medycyny, warto osobno rozpatrzyć dwie kwestie: pierwsza z nich to pytanie o możliwość uzasadnienia obowiązku życzliwości, druga zaś bywa zwykle formułowana jako zagadnienie granic tego obowiązku, a więc jako pytanie o warunki, jakie muszą zostać spełnione, aby można było mówić w danej sytuacji o istnieniu obowiązku życzliwego działania.

I

W pismach klasyków filozofii doszukać się można rozmaitych uzasadnień obowiązku życzliwości. Zwolennik etyki Immanuela Kanta zaproponowałby zapewne formułę imperatywu kategorycznego: powinniśmy sobie postawić pytanie, czy moglibyśmy chcieć, aby było powszechnym prawem, że można poniechać życzliwego działania, ilekroć tylko działanie takie nie leży w naszym interesie. Zgodnie z tym punktem widzenia, nie moglibyśmy tego racjonalnie pragnąć, ponieważ oznaczałoby to, że chcemy żyć w świecie, w którym nikt – wliczając w to nas samych – nie mógłby liczyć na bezinteresowną pomoc ze strony innych. „... nie jest możliwe chcieć – stwierdza Kant – żeby taka zasada posiadała wszędzie znaczenie prawa przyrody. Albowiem wola postanawiająca to sprzeciwiałaby się sama sobie, ponieważ może się przecież zdarzyć niejedyn taki wypadek, w którym człowiek [...] potrzebuje miłości i współczucia drugich,

³ W.K. Frankena *Beneficence...*, *op. cit.*, s. 71.

⁴ T.L. Beauchamp, J.F. Childress *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford 1989, s. 122–123. Obowiązki nieszkodzenia i życzliwości pojmowane były jako odrębne m.in. przez W.D. Rossa w *The Right and the Good*, Oxford 1930, s. 21–26.

⁵ *Ibidem*, s. 194.

a w którym przez takie prawo, wynikające z własnej jego woli, pozbawiłby sam siebie wszelkiej nadziei pomocy, której sobie życzy”⁶.

Zgodnie z etyką utylitarystyczną obowiązek życzliwości wynika wprost z samej zasady użyteczności. „... raz jeszcze muszę powtórzyć – podkreślał John Stuart Mill – że szczęście, które stanowi utylitarystyczne kryterium właściwego postępowania, nie jest szczęściem osobistym działającego, lecz szczęściem wszystkich. Jeżeli idzie o stosunek do własnego szczęścia w zestawieniu ze szczęściem innych, utylitarystyzm wymaga od człowieka takiej ścisłej bezstronności, jaką miałby życzliwy widz nie zainteresowany w sprawie. W podstawowych przykazaniach Jezusa z Nazaretu odnajdujemy w całości ducha etyki użyteczności. Ten, kto by czynił innym to, czego chciałby sam od nich doznać, i kochał bliźniego jak siebie samego, spełniałby ideał moralności utylitarystycznej”⁷.

Na gruncie teorii racjonalnego egoizmu, każdy powinien zachowywać się tak, aby w maksymalnym stopniu zrealizować swoje własne interesy. W dłuższym przynajmniej czasie najlepszym sposobem zapewnienia sobie w tym pomocy ze strony innych jest życzliwe wobec nich postępowanie. „Związki przyjaźni – pisał Tomasz Hobbes – są dobre, mianowicie korzystne. Albowiem wraz z wieloma innymi rzeczami dają człowiekowi ochronę i obronę. Stąd też nieprzyjazne stosunki z ludźmi są złe, jako że przynoszą niebezpieczeństwa i zmniejszają ochronę życia i zdrowia”⁸. Hobbes dowodził, że tym, co moralność uznaje za najważniejsze zasady sprawiedliwości społecznej, są te reguły wzajemnego ograniczania się i wzajemnej pomocy, których przestrzeganie zapewnia spełnienie najważniejszej ludzkiej potrzeby – potrzeby przetrwania.

Zdaniem Davida Hume’a, jest rzeczą bezsporną, „... że o wartości człowieka decyduje przede wszystkim wysoko rozwinięte uczucie życzliwości i że przynajmniej część wartości tego uczucia wynika stąd, iż służy ono interesom gatunku ludzkiego i przyczynia się do szczęścia społeczeństwa”⁹. Nie ulega też wątpliwości, że żyjąc w społeczeństwie czerpiemy z tego faktu określone korzyści, to zaś zobowiązuje nas do ich odwzajemniania.

Do tych i innych klasycznych ujęć nawiązują również autorzy współcześni. W teorii Johna Rawlsa odpowiednikiem zasady życzliwości jest zasada wzajem-

⁶ I. Kant *Uzasadnienie metafizyki moralności*, przekł. M. Wartenberg, Warszawa 1984, s. 54. W innym miejscu (s. 64) Kant stwierdza: „Wprawdzie ludzkość mogłaby istnieć, gdyby nikt niczym nie przyczyniał się do szczęśliwości drugich, ale przy tym niczego jej umyślnie nie ujmował, jednakże stanowi to tylko negatywną, a nie pozytywną zgodność z człowieczeństwem jako celem samym w sobie, gdyby każdy nie starał się także popierać celów drugich ludzi, ile tylko może”.

⁷ J.S. Mill *Utylitarystyzm*, przekł. M. Ossowska, Warszawa 1959, s. 29–30.

⁸ T. Hobbes *Elementy filozofii*, przekł. Cz. Znamierowski, Warszawa 1956, t. II, s. 128–129.

⁹ D. Hume *Badania dotyczące zasad moralności*, przekł. A. Hochfeld, Warszawa 1975, s. 17.

nej pomocy. Jej zasadnicze znaczenie – pisze Rawls – „... mierzy się nie tyle pomocą, jaką rzeczywiście uzyskujemy, co raczej poczuciem pewności i zaufania w dobre intencje innych ludzi, a także świadomością, że ich nie zabraknie wówczas, gdy będziemy ich potrzebowali. Naprawdę, trzeba tylko wyobrazić sobie, czym byłoby społeczeństwo, gdyby było rzeczą powszechnie wiadomą, że ten obowiązek został odrzucony”¹⁰.

William Frankena, opisując życzliwość jako cnotę stwierdza, że można o niej myśleć rozmaicie, np. że jest naszą naturalną skłonnością (jak sądził Hume), że nie jest cnotą moralną, jeżeli nie jest świadomie kultywowana i rozwijana (tak twierdził Arystoteles), że jest czymś nadnaturalnym, co przypadło w udziale tylko niektórym z nas, że wreszcie jest wprawdzie skłonnością nabytą, nabytą jednak poprzez najzupełniej naturalny proces ćwiczenia i wzmocnienia, dającą się również pielęgnować i rozwijać. Zdaniem Frankeny, możliwe są również najrozmaitsze uzasadnienia poglądu, że życzliwość jest cnotą. Możemy twierdzić, że (1) życzliwość jest pochwalana przez Boga, (2) przyczynia się do największego ogólnego szczęścia, (3) jest konieczna dla ludzkiego rozwoju, (4) intuicyjnie wydaje się oczywiste uznanie jej za cnotę lub dobro, (5) pojmujemy ją jako coś dobrego, kiedy tylko przyjmujemy moralny punkt widzenia bądź też gdy (6) znajdujemy się w pewnej „wyjściowej sytuacji”¹¹.

Pytanie „Dlaczego powinno się być życzliwym?” następcza musi trudności podobnych do tych, które wiążą się z pytaniem „Dlaczego powinno się być dobrym moralnie?”; określenia „czynić dobro” i „nie czynić szkody” wydają się być przecież najprostszą odpowiedzią na pytanie „Co to znaczy być dobrym moralnie?”. Pytanie o racje dla moralnego działania rozumieć można dwojako – jako pytanie o racje moralne bądź pozamoralne. Stawiając je w pierwszej wersji, popaść musimy w błędne koło, pytamy bowiem w istocie, dlaczego powinno się czynić to, co powinno się czynić. Trudność, na jaką natrafiamy w drugim przypadku, jest równie poważna: gdyby nawet udało nam się przekonać kogoś, że powinien postępować dobrze moralnie, ponieważ będzie to z korzyścią dla jego własnych interesów (lub też dlatego np., że będzie się to podobało Bogu), jego postępowanie nie nabierze przez to wcale prawdziwie dobrego moralnie charakteru – wciąż można będzie je określić jako z istoty swej egoistyczne. Wiedząc, że moralność domaga się od nas często, abyśmy kierowali się dobrem cudzym raczej niż własnym, że czasami wymaga z naszej strony poświęceń, nie możemy zresztą, zachęcając do niej, powoływać się na jakies egoistyczne racje.

Ze stosunkowo obszernej literatury dotyczącej tego problemu zdają się wynikać przynajmniej dwa wnioski. Po pierwsze, pomimo możliwości różnego

¹⁰ J. Rawls *A Theory of Justice*, Cambridge, Mass., 1971, s. 339.

¹¹ W.K. Frankena *Beneficence...*, *op. cit.*

rodzaju argumentacji, a także pomimo faktu istnienia sankcji wymuszających określone zachowania, decyzja o przyjęciu postawy moralnej (o tyle, oczywiście, o ile zdarza się nam podejmować ją świadomie) będzie zawsze w jakiejś mierze decyzją arbitralną: będę postępował dobrze moralnie, bo tak chcę. Po drugie, nie istnieje nic, co – jako podstawa moralności – mogłoby zastąpić troskę o dobro innych ludzi. To owa troska właśnie sprawia, że zaczynamy rozumieć język moralności. Może mieć ona charakter bezpośredniego zainteresowania dobrem innych, może się też jednak do tego dobra odnosić pośrednio i wynikać np. z dążenia do bycia pewnego rodzaju człowiekiem, z chęci urzeczywistnienia pewnego ideału czy też kultywowania cnoty. Znaczeniu tego słowa można też nadać odcień intelektualny lub emocjonalny. Mogę zdecydować się działać dla dobra innych, nie odczuwając wobec nich żadnych szczególnych uczuć, mogę też uczynić to pod wpływem współczucia dla ich rzeczywiście doświadczanych bądź możliwych cierpień, lub też, dzięki samej zdolności do takiego współczucia, współdoznawania z bliźnim.

Wyobrażając sobie życzliwość jako troskę o dobro innych (lub wynikające z niej działanie) znajdujemy się więc na poziomie etycznych aksjomatów – trudno tu o dalsze uzasadnienia, mimo że nasze poczucie oczywistości domagać się może niekiedy wsparcia ze strony racjonalnej argumentacji. Jak zauważa Ija Lazari-Pawłowska: „... postulaty moralne mogą być uzasadniane tylko względnie, mianowicie przez wskazanie ich związku z najogólniejszymi założeniami jakiegoś systemu aksjologicznego, natomiast owe najogólniejsze założenia wartościujące nie podlegają uzasadnieniu. Możemy je w wielu wypadkach genetycznie wyjaśnić, ale nie logicznie uzasadnić. Przyjmujemy je na podstawie swoistego aktu afirmacji”¹².

Życzliwość, działanie zawsze dla dobra chorego, wydaje się być najoczywistszym z obowiązków moralnych lekarza – na takim właśnie działaniu polega przecież jego praca. Osoba decydująca się na ten zawód, czy chce tego, czy nie (nie jest to już przedmiotem arbitralnego wyboru), zobowiązuje się również do określonego postępowania. Jest to jej „akces” do moralności. Niewiele jest zawodów, w których związek pomiędzy jednym a drugim, pomiędzy wyborem sposobu zarabiania na życie, a deklaracją pewnej postawy moralnej, byłby równie oczywisty. Jakie jednak konkretne oczekiwania wiążą się z rolą lekarza i jak wielkich wymaga się od niego poświęceń? Czy zawsze jest on zobowiązany do życzliwego działania? Kiedy i komu powinien on nieść swoją pomoc, w jakich zaś sytuacjach będzie to wyłącznie sprawą jego osobistego (arbitralnego) wyboru?

Odpowiedź na te pytania zależeć musi od rozważenia kilku różnych problemów. Pierwszym z nich jest kwestia znaczenia takich terminów, jak „pomoc

¹² I. Lazari-Pawłowska *Kręgi ludzkiej wspólnoty*, „Etyka” 1980, t. 18, s. 215.

lekarska” i „dobro chorego”, a także związana z nią konieczność bliższego określenia istoty zawodu lekarza bądź celu medycyny. Czy będzie np. obowiązkiem lekarza spełnienie życzeń młodej, dwudziestoparoletniej kobiety, która pragnie poddać się sterylizacji, doszła bowiem do wniosku, że nie chce mieć dzieci, a nie odpowiada jej żaden z ogólnie dostępnych środków antykoncepcji? Drugi problem dotyczy relacji pomiędzy zasadą życzliwości a innymi zasadami etyki medycyny, takimi jak zasada nieszkodzenia czy zasada poszanowania autonomii pacjenta. Czy jest obowiązkiem lekarza udzielenie pomocy blisko siedemdziesięcioletniemu, choremu na raka mężczyźnie, który po raz drugi już usiłował popełnić samobójstwo? Trzeci problem polega na określeniu ryzyka, na jakie ma obowiązek narażać się lekarz udzielający pomocy. Tej ostatniej kwestii dotyczą poniższe uwagi.

II

Pisząc o obowiązku życzliwości, Kant określał go mianem obowiązku niepełnego, ponieważ jego treść nie może być ściśle określona – nie jest powiedziane, ani jak znaczna powinna być nasza pomoc, ani w jakiej formie udzielona, ani komu¹³. Podobnie wypowiadał się Mill, który pisał, że etycy „dzielą obowiązki moralne na dwie klasy, nazywając niefortunnie pierwsze – obowiązkami powinności doskonałej, drugie – powinności niedoskonałej. Z tym drugim wypadkiem mamy do czynienia, gdy idzie o czyny, których spełnienie wprawdzie się nakazuje, ale pozostawia się do uznania wybór okoliczności, w jakich mamy je spełniać. Tak się rzecz ma np. z miłością bliźniego czy dobroczynnością”¹⁴. Problem granic obowiązku życzliwości można więc, posługując się tymi kategoriami, wyrazić w postaci pytania, kiedy obowiązek życzliwości staje się obowiązkiem powinności doskonałej lub obowiązkiem zupełnym. Można by go też wyrazić jako pytanie o granicę oddzielającą obowiązki moralne w ścisłym tego słowa znaczeniu od obowiązków moralnych w znaczeniu szerszym bądź też jako pytanie o różnicę pomiędzy działaniami obowiązkowymi a nadobowiązkowymi. W odniesieniu do tych ostatnich używany bywa często termin *supererogacja*. John O. Urmson sądził, że jako *supererogatoryjne* określić można postępowanie ponadprzeciętne, nasz obowiązek zaś, pewne minimum moralne, wyznacza potoczna moralność, której wymagania nie mogą być wygórowane, w przeciwnym razie nie byłyby bowiem spełniane i zniknęłyby ze świadomości społecznej¹⁵. Inną definicję proponował Millard Schumaker, którego zdaniem chodzi tu o „czyny, których przedsię-

¹³ I. Kant *Uzasadnienie...*, *op. cit.*, s. 51–55.

¹⁴ J.S. Mill *Utylitaryzm*, *op. cit.*, s. 85–86.

¹⁵ J.O. Urmson *Saints and Heroes* [w:] A.J. Melden (red.) *Essays in Moral Philosophy*, Seattle 1958, s. 198–216.

wzięcie jest jednocześnie: (1) ani nie zabronione, ani nie nakazane przez moralność; (2) dobre i (3) podjęte głównie dla dobra jakiejś innej osoby niż sam działający podmiot”¹⁶.

Niezależnie od sformułowania, w każdym przypadku chodzi oczywiście o to samo: w jaki sposób odróżnić te sytuacje, w których można (a niekiedy należy) potępić zaniechanie życzliwego działania od tych, w których nie ma żadnych podstaw, by to uczynić. W praktyce potrafimy je zwykle odróżniać. Wiemy, że pięknie postąpił Klimek Bachleda, wyruszając w skrajnie niesprzyjających warunkach na poszukiwanie zaginionego taternika i płacąc za tę odwagę własnym życiem. Wiemy, że heroicznej ofiarności dowiodła pewna instruktorka spadochroniarstwa, która w nieszczęśliwym wypadku, jaki wydarzył się podczas szkolenia adeptów tego sportu, straciła rękę, ratując życie swojemu podopiecznemu. Pamiętamy o szlachetnych postawach, jakich przykłady dali swoim życiem tacy ludzie, jak Albert Schweitzer, pamiętamy też o doktorze Judymie i innych, fikcyjnych bohaterach literackich. W żadnym jednak razie nie sądzimy przy tym, aby naśladowanie którejkolwiek z tych postaw było naszym obowiązkiem moralnym. Nikt nie ma prawa potępić nas za to, że będąc w podobnych sytuacjach, dysponując nawet podobnymi możliwościami, zachowaliśmy się inaczej.

Zdarzają się jednak sytuacje, w których to poczucie pewności znika i rodzi się potrzeba sformułowania jakiegoś możliwie wyraźnego kryterium ułatwiającego dokonanie właściwej oceny. Czy jest naszym obowiązkiem zainteresować się człowiekiem leżącym na chodniku, wrzucić coś do czapki żebraka, zapukać do drzwi starszego, samotnego sąsiada, którego dawno już nie widzieliśmy wychodzącego z domu? Czy byłoby naszym obowiązkiem zaproszenie do stołu obcego, nędznie wyglądającego człowieka, któremu otworzyliśmy drzwi w wigilijny wieczór? Większość z nas odpowiedziałaby zapewne, że również w tych sytuacjach nie można byłoby mówić o istnieniu obowiązku moralnego w ścisłym tego słowa znaczeniu, być może jednak pojawiłyby się tu już pewne wątpliwości i różnice zdań. Innym przykładem tego samego w gruncie rzeczy problemu są nieustające i powszechne dyskusje dotyczące płacenia podatków. Czy państwo ma rzeczywiście moralne prawo zmuszać swych obywateli, aby poważną część zarobionych przez siebie pieniędzy przeznaczali na potrzeby ludzi, którzy często z własnej winy znaleźli się w trudnej sytuacji? W tej sprawie utrwaliły się już, jak wiadomo, głębokie i w praktyce nieusuwalne różnice zdań pomiędzy różnymi opcjami ideologicznymi.

Najczęściej proponowanym sposobem myślenia o tego rodzaju problemach jest uzależnienie ich rozstrzygnięcia od oceny ryzyka, na jakie narażałaby się

¹⁶ M. Schumaker *Supererogation: An Analysis and Bibliography*, Edmonton, Alberta 1977, s. 11.

osoba pragnąca udzielić pomocy. Widoczne jest to podejście u Rawlsa, w jego definicji obowiązku wzajemnej pomocy: jest to „obowiązek udzielania pomocy drugiemu człowiekowi, kiedy znajduje się on w potrzebie lub niebezpieczeństwie, o ile można to uczynić, nie narażając się przy tym na nadmierne ryzyko lub stratę”¹⁷. Wśród wielu prób bardziej precyzyjnego sformułowania tego punktu widzenia, zwraca uwagę propozycja Erica D’Arcy, w istotny sposób uzupełniona później przez T. Beauchampa i J. Childressa: „... nie licząc szczególnych relacji moralnych [...] X ma obowiązek czynienia dobra wobec Y tylko wtedy, gdy spełniony zostaje każdy z następujących warunków:

1. Y jest w sytuacji ryzyka poważnej straty lub szkody.
2. Działanie X’a jest potrzebne dla zapobieżenia tej stracie.
3. Działanie X’a prawdopodobnie by jej zapobiegło.
4. Działanie X’a nie stwarzałoby poważnego ryzyka dla X-a.
5. Korzyść, którą Y prawdopodobnie by uzyskał przeważa każdą szkodę, którą X może ponieść”¹⁸.

Zasadniczym elementem tej definicji jest oczywiście punkt czwarty i zawarte w nim sformułowanie „poważne ryzyko”. Ze sformułowaniem tym wiążą się zarazem istotne trudności. Po pierwsze, różni autorzy, przyjmując zasadniczo ten sam punkt widzenia, różnili się znacznie w interpretacji tego, czym jest poważne ryzyko. Peter Singer na przykład sądził kiedyś, że mamy obowiązek udzielania pomocy zawsze, ilekroć tylko podejmując takie działanie nie postawilibyśmy siebie w położeniu gorszym od położenia osoby, która korzystałaby z naszej pomocy (oraz jeżeli z obowiązkiem tym nie kolidowałby w tym momencie żaden silniejszy *prima facie* obowiązek moralny)¹⁹. Zdaniem Michaela Slote’a natomiast powinno się zapobiegać znacznym rozmiarów złu lub szkodzie, jeżeli można to uczynić, nie ingerując poważnie w swoje życiowe plany lub styl życia (i nie czyniąc przy tym żadnego innego zła)²⁰.

Po drugie, stosunkowo łatwo jest podać przykłady sytuacji, w których mimo że ryzyko, o którym mowa, jest znikome lub wręcz żadne, nie byłibyśmy skłonni uznać istnienia obowiązku aktywnej zyczliwości. Czy jest naszym obowiązkiem udzielanie pomocy ludziom głodującym gdzieś na świecie, np. mieszkańcom Somalii? Czy będąc posłami w parlamencie głosowalibyśmy za przyjęciem ustawy nakładającej na każdego obywatela obowiązek przeznaczania na ten cel

¹⁷ J. Rawls *A Theory of Justice*, *op. cit.* s. 114. (*Teoria sprawiedliwości* wyd. pol. 1994).

¹⁸ T.L. Beauchamp, J.F. Childress *Principles...*, *op. cit.* s. 201. Por. E. D’Arcy *Human Acts: An Essay in their Moral Evaluation*, Oxford 1963, s. 56–57.

¹⁹ P. Singer *Famine, Affluence and Morality*, „*Philosophy and Public Affairs*” 1972, nr 1. Autor ten złagodził później znacznie swoje stanowisko w *Practical Ethics*, Cambridge 1979, s. 181.

²⁰ M.A. Slote *The Morality of Wealth* [w:] W. Aiken, H. La Follette (red.) *World Hunger and Moral Obligation*, Englewood Cliffs, N.J. 1977, s. 125–127.

5% swojego dochodu? Nie wydaje się, aby projekt taki miał szanse zdobyć sobie wielu zwolenników. Prawdopodobnie, nawet gdyby pytanie brzmiało: „Czy jest naszym obowiązkiem uczynić cokolwiek dla głodujących mieszkańców Somalii?”, odpowiedź byłaby również przecząca.

Można by tu pokusić się o różne, zarówno „pesymistyczne”, jak i „optymistyczne” wyjaśnienia i w każdym z nich tkwiłaby zapewne jakaś część prawdy. Prawdą jest, a w każdym razie mamy na to wiele dowodów, że solidarność między ludźmi jest zjawiskiem stosunkowo rzadkim i że nasza moralność podlega w znacznej mierze zasadzie wyrażającej się w porzekadle „bliźsza ciału koszula”. Tymczasem życzliwość, czynienie dobra, wymaga często wysiłku, odwagi bądź poświęcenia, a „miłuj bliźniego swego jak siebie samego wtedy tylko, kiedy będziesz miał na to ochotę” nie jest właściwym sformułowaniem zasady miłości bliźniego. Z drugiej strony, przecząca odpowiedź na postawione pytanie nie musi być wcale dowodem jakiegoś moralnego znieczulenia, może ona tylko oznaczać, że w pewien sposób, tak, a nie inaczej, rozumiemy słowo „obowiązek” i że nasze odpowiedzi byłyby jednomyślnie twierdzące, gdyby postawione pytanie brzmiało: „Czy byłoby dobrze, gdybyśmy udzielili pomocy głodującym w Somalii?”.

Możliwe też, że ryzyko nie jest najważniejszym z czynników decydujących o tym, czy coś jest czy nie jest naszym obowiązkiem moralnym. Nie bez powodu omawiana tu definicja rozpoczyna się zastrzeżeniem: „... nie licząc szczególnych relacji moralnych...”. Roli pełnionej przez tego rodzaju relacje można się przyjrzeć bliżej, porównując ze sobą dwa przykłady zaczerpnięte ze współczesnego podręcznika bioetyki.

W czerwcu 1978 roku przyjęto do szpitala 39-letniego Roberta McFalla, robotnika zatrudnionego przy produkcji azbestu. Lekarze stwierdzili u niego niedokrwistość aplastyczną, chorobę polegającą na tym, że szpik kostny nie wytwarza dostatecznej ilości białych i czerwonych krwinek oraz płytek krwi. Zalecono przeprowadzenie transplantacji szpiku w przekonaniu, że zwiększy to szanse przeżycia przez pacjenta jednego roku z 25 do 40, a nawet 60 procent. Żadne z sześciorga rodzeństwa McFalla nie okazało się być odpowiednim dawcą. Okazał się nim dopiero jego kuzyn, 43-letni David Shimp.

Po przeprowadzeniu jednak pierwszych, pomyślnie zakończonych badań, Shimp nieoczekiwanie nie zgodził się na pozostałe jeszcze do wykonania testy, oznajmiając, że nie wyraziłby zgody na transplantację nawet gdyby się okazało, że jest idealnym dawcą. Na jego decyzję miały m.in. wpływ pewne nieporozumienia rodzinne, do jakich dochodziło w przeszłości, oraz argumenty użyte w związku z tym przez jego żonę i matkę (choć, z drugiej strony, jego dzieci próbowały przekonać go, że będzie odpowiedzialny za przedwczesną śmierć kuzyna i same zadeklarowały chęć poddania się testom).

McFall skierował sprawę do sądu. Jego adwokat dowodził podczas rozprawy, że pobranie szpiku kostnego jest zabiegiem zasadniczo nieszkodliwym, ponieważ

szpik ulega regeneracji, tak jak to się dzieje z krwią u jej dawcy. Adwokat Shimpa z kolei podkreślał, że przysługujące jego klientowi prawo do odmowy nie powinno być naruszane, ponieważ „nikt nie może być zmuszany do poddania się operacji”. Sam David Shimp powiedział dziennikarzom, że nie zgodził się na zabieg, ponieważ bał się, że zostanie w jego wyniku sparaliżowany bądź też okaże się, że jego szpik kostny się nie regeneruje.

Sędzia John Flaherty odrzucił żądanie McFall'a, prawo amerykańskie nie uznaje bowiem obowiązku podejmowania działań dla ratowania czyjogoś życia. Inna decyzja w tej sprawie oznaczałaby, zdaniem sędziego, rażące ograniczenie ludzkiej wolności oraz konieczność uznania w prawie możliwości przymusowego poddawania się operacjom i „odstępowania” swoich narządów osobom ich potrzebującym. Sędzia dodał jednak, że w jego przekonaniu postępowanie Shimpa jest, z czysto moralnego punktu widzenia, nie do przyjęcia.

McFall zmarł 10 sierpnia 1978 roku. Rzecznik prasowy szpitala poinformował, że bezpośrednią przyczyną śmierci był krwotok czaszkowy – powikłanie typowe dla choroby, na którą cierpiał pacjent, które mogło mieć miejsce również po przeprowadzeniu transplantacji szpiku.

Pewna 5-letnia dziewczynka cierpiała już od trzech lat na postępującą niewydolność nerek spowodowaną zapaleniem kłębuszków nerkowych. Dotychczas stosowaną wobec niej terapia była dializa nerek, w pewnym momencie zaczęto jednak rozważać możliwość dokonania transplantacji. Jej skuteczność była w przypadku tej dziewczynki wątpliwa, lekarze uznali jednak, że warto z tej szansy skorzystać.

Jak się okazało, odpowiednim dawcą nerki był wśród członków najbliższej rodziny jedynie ojciec dziewczynki. Został on o tym poinformowany przez lekarza w trakcie przeprowadzonej w cztery oczy rozmowy. Lekarz powiedział mu także, że po operacji szanse na trwałą poprawę stanu zdrowia jego córki będą w dalszym ciągu niepewne.

Po chwili zastanowienia, ojciec dziewczynki powiedział lekarzowi, że chociaż wziął pod uwagę cierpienia córki i niewielką szansę na uzyskanie nerki pochodzącej od nieżyjącego dawcy, to jednak nie starcza mu odwagi i, zwłaszcza w świetle niepewnej prognozy, jaką mu przedstawiono, nie zgadza się być dawcą. Poprosił on także lekarza, aby zachował przebieg ich rozmowy w tajemnicy i poinformował rodzinę, że tak jak i oni, nie nadaje się na dawcę z czysto medycznych względów. Był przekonany, że ujawnienie prawdy stałoby się przyczyną rozpadu rodziny. Lekarz czuł się w tej sytuacji bardzo niezręcznie, ostatecznie jednak spełnił tę prośbę²¹.

Oba przykłady pozwalają ocenić rolę także i innych elementów omawianej definicji, zwłaszcza jej punktu trzeciego – prawdopodobieństwa, że udzielona

²¹ Oba przykłady pochodzą z: T.L. Beauchamp, J.F. Childress *Principles...*, *op. cit.*, s. 429 i 404.

pomoc okaże się skuteczna. Co się tyczy ryzyka, porównanie tych przykładów prowadzi do wniosku, że nie musi mieć ono decydującego znaczenia. W razie, gdyby obaj zdecydowali się na udzielenie pomocy, David Shimp narażałby się na znacznie mniejsze ryzyko niż ojciec 5-letniej dziewczynki; mimo to jednak, to raczej ów ojciec jest tą osobą, od której oczekiwalibyśmy podjęcia życzliwego działania, chociaż, być może nawet i w tym przypadku, nie byłibyśmy skłonni mówić o istnieniu takiego obowiązku. Nasza skłonność do tego byłaby zapewne tym większa, im mniejsze byłoby ryzyko, na jakie narażałby się ów człowiek, z drugiej jednak strony, nawet gdyby ono było tak małe, jak w przypadku Shimpa, nie musiałoby to, jak widać, oznaczać jeszcze, że jesteśmy do uznania tego obowiązku zmuszeni. Zakładając, że prawdopodobieństwo skuteczności udzielanej pomocy jest w obu przypadkach, z grubsza biorąc, takie samo, tym co stanowi tutaj czynnik decydujący jest bliskość, a ściślej mówiąc – stopień pokrewieństwa pomiędzy osobą potrzebującą pomocy a osobą zdolną do jej udzielenia. Relacja ojciec–córka jest bez wątpienia dobrym przykładem owych szczególnych relacji moralnych, o jakich wspomina się w definicji. Jak wiadomo, socjologia posługuje się w takich przypadkach pojęciem „roli społecznej”: być ojcem to znaczy także pełnić określoną rolę. Można to robić lepiej lub gorzej – podlega to zawsze ocenie moralnej, gdyż samą rolę społeczną definiuje w znacznej mierze lista obowiązków i oczekiwań, z jakich wywiązywać się musi pełniąca ją osoba.

Powyższe spostrzeżenia zachowują swą wartość w odniesieniu do kwestii bezpośrednio już dotyczących etyki medycyny i obowiązków lekarza. John O. Urmson przedstawił kiedyś przykład lekarza, który dobrowolnie, przez nikogo o to nie proszony, postanawia pospieszyć z pomocą mieszkańcom pewnego odległego, zagrożonego śmiertelną epidemią miasta²². Joel Feinberg, zastanawiając się, na czym właściwie polegałaby „nadobowiązkowość” działania takiego lekarza, pisał: „Rzecz w tym, że nie ma on obowiązku, by ruszyć się choćby na krok w stronę ogarniętego zarazą miasta bądź by podjąć się leczenia choćby jednej tylko w nim osoby. Jedynym jego obowiązkiem jako lekarza jest kontynuowanie leczenia pacjentów, którzy stanowią jego własną, wygodną i dochodową praktykę. Jeżeli jednak z tego rezygnuje i, narażając się na poważne niedogodności i niebezpieczeństwo, ofiarowuje się nieść pomoc ludziom cierpiącym w odległym mieście, jego działanie z całą pewnością przekracza w jakimś sensie wymagania obowiązku”²³. Jak widać, znaczenie tu mają, według Feinberga, dwie okoliczności: (1) to, że ewentualne leczenie ofiar epidemii nie byłoby częścią stałej praktyki lekarza oraz (2) to, że udzielając im pomocy, lekarz narażałby się na poważne niedogodności i niebezpieczeństwo.

²² J.O. Urmson *Saints and Heroes*, *op. cit.*

²³ J. Feinberg *Supererogation and Rules* [w:] J.J. Thomson, G. Dworkin (red.) *Ethics*, New York 1968, s. 398.

Zdaniem Johna Reedera, żadna z tych okoliczności nie ma większego znaczenia²⁴. Ponieważ zupełnie nieistotna jest, z moralnego punktu widzenia, odległość dzieląca lekarza od ludzi potrzebujących pomocy, możemy sobie wyobrazić – proponuje Reeder – że na przykład w sąsiednim powiecie doszło do poważnej katastrofy kolejowej. Jest wielu zabitych i rannych, mobilizuje się wszystkie „siły i środki”, i także nasz bohater otrzymuje telefon z prośbą o szybkie przybycie na miejsce katastrofy. Czy lekarz ten, gdyby nie był w tym czasie zajęty chorymi wymagającymi natychmiastowej pomocy lub ciągłej opieki, miałby prawo odmówić takiej prośbie? Zdaniem Reedera, o ile tylko pomoc lekarza byłaby niezbędna (a świadczyć o tym mógłby właśnie taki telefon), jej udzielenie byłoby jego obowiązkiem moralnym – mimo że wykraczałby w ten sposób poza krąg swojej stałej klienteli i mimo że narażałby się na pewne niedogodności. Pozostaje jeszcze do rozważenia element ryzyka – możliwość zarażenia się śmiertelną chorobą. Wyobraźmy więc sobie, że to po prostu jeden z kolejnych pacjentów pukających do drzwi gabinetu lekarskiego okazuje się być człowiekiem, który wrócił niedawno z ogarniętego zarazą miasta i zaczął właśnie odczuwać na sobie pierwsze symptomy choroby. Czy zbadanie go i udzielenie mu pomocy mogłoby uchodzić za działanie w jakimkolwiek sensie „nadobowiązkowe”?

Reeder nie zamierza udowodnić, że lekarz, który udałby się do zagrożonego miasta, wypełniałby jedynie swoje zawodowe i moralne obowiązki. Także i jego zdaniem byłoby to działanie nadobowiązkowe, sądzi on jednak, że decydują o tym zupełnie inne powody. Polemika z poglądem Feinberga udaje się Reederowi tylko częściowo. To prawda, że mierzona w kilometrach odległość od miejsca, w którym znajdują się ludzie potrzebujący pomocy, czy też fakt wykraczania w działalności zawodowej poza krąg stałej klienteli nie powinny mieć z moralnego punktu widzenia większego znaczenia. Mimo to, czym innym jest udanie się na pomoc ofiarom katastrofy kolejowej, zwłaszcza gdy miała miejsce niedaleko, a pomoc będzie potrzebna w stosunkowo krótkim czasie, czym innym zaś daleka podróż, która w ogóle nie musi zakończyć się szczęśliwym powrotem. Czym innym też jest sytuacja, w której pacjent chory na dżumę pojawia się w gabinecie lekarskim, czym innym zaś, gdy lekarz znajduje się w środku zagrożonego epidemią miasta. Feinberg podkreśla przede wszystkim znaczenie niewygód i niebezpieczeństwa, na jakie narażałby się taki lekarz; pomiędzy nim a Reederem nie może być w tym miejscu zgody, ponieważ ten ostatni neguje po prostu, nie argumentując tego szerzej, znaczenie elementu ryzyka. Powołując się na amerykański kodeks etyki lekarskiej z 1957 roku, Reeder stwierdza, że stopień ryzyka nie może być istotny dla oceny, czy w danej

²⁴ J.P. Reeder *Beneficence, Supererogation and Role Duty* [w:] E.E. Shelp (red.) *Beneficence and Health Care*, op. cit., s. 83–108.

sytuacji istnieje czy nie istnieje obowiązek udzielenia pomocy: „... [pełniona przez niego] rola wymaga, aby lekarz gotowy był do podejmowania działań niosących ze sobą ryzyko dla jego zdrowia [...]. Istnieje, inaczej mówiąc, ogólna umowa pomiędzy społeczeństwem a ludźmi leczącymi, w ramach której zawierane zostają konkretne porozumienia. Jeżeli nie tylko pieniądze sprawiają, że lekarze zobowiązują się do podejmowania ryzyka [...] dzieje się to ze względu na inne korzyści. W rezultacie, w zamian za gotowość do podejmowania ryzyka, przyznajemy im wszyscy szereg dóbr”²⁵.

Czy istotnie można mówić o istnieniu takiego kontraktu? Czy rola, jaką pełni lekarz, rzeczywiście nakłada na niego tak poważne obowiązki? Czy byłoby na przykład obowiązkiem lekarza-chirurga operowanie pacjenta, który okazał się być nosicielem wirusa HIV? Załóżmy, że operacja ta, chociaż sama w sobie dość błaha, okazałaby się niezbędną dla utrzymania pacjenta przy życiu. Posługując się omawianą tu definicją, musielibyśmy dojść do wniosku, że (ze względu na dość poważne ryzyko skażenia i zarażenia się nieuleczalną chorobą) jedyna możliwość uznania, że na lekarzu spoczywa w tej sytuacji obowiązek życzliwego działania, wynikałaby z potraktowania relacji lekarz–pacjent jako szczególnej relacji moralnej. Byłoby to możliwe przy założeniu, że lekarz to coś więcej niż zawód, że praca ta wiąże się z pełnieniem pewnej, najskromniej mówiąc, szczególnej roli społecznej.

W kwestii tej w samym środowisku lekarskim dają się zauważyć poważne różnice zdań. Dla bardzo wielu lekarzy postawione przed chwilą pytanie byłoby pytaniem retorycznym. Niemalą jest też jednak lekarzy, którzy za równie oczywistą uznałyby odpowiedź przeczącą: lekarz to taki sam zawód jak inne i nie ma powodu, by po jego przedstawicielach spodziewać się czynów bohaterskich. Można co najwyżej oczekiwać, że w odpowiednich warunkach, przy zastosowaniu wszelkich możliwych zabezpieczeń, znajdzie się zawsze ktoś, kto za odpowiednie wynagrodzenie zgodzi się przeprowadzić taką operację.

Zgodnie z tradycją hipokratejską lekarz był niezależnym i samowystarczalnym filantropem. Jeżeli miał jakieś obowiązki, to przede wszystkim wobec swoich nauczycieli i kolegów – ich wypełnianie było spłatą pewnego rodzaju długu zaciągniętego podczas nauki zawodu. Dzisiaj, jak twierdzą niektórzy, sytuacja uległa zmianie i rola lekarza nie może już być porównywana do roli filantropa. To społeczeństwo przecież umożliwia lekarzowi zdobycie wykształcenia, to ono również obdarza go przywilejami i zapewnia mu godziwe wynagrodzenie. W zamian ma ono prawo oczekiwać od lekarza gotowości do pewnych poświęceń. Argumenty zbliżone do tych, które formułuje Reeder, sugerujące istnienie jakiegoś kontraktu czy też umowy pomiędzy lekarzem a społeczeństwem, mają jednak ograniczoną zdolność oddziaływania. Jako

²⁵ *Ibidem*, s. 98.

szczególnie wątpliwe muszą się one przedstawiać tam, gdzie lekarze stanowią jedną z najgorzej zarabiających grup zawodowych i gdzie nie rekompensuje im tego zajmowana przez nich pozycja społeczna.

W literaturze dotyczącej tego problemu dość często napotkać można odwołania do znanej biblijnej przypowieści o Dobrym Samarytaninie. Stawia się między innymi pytanie, czy właściwszym wzorem dla współczesnego lekarza nie byłby raczej jakiś „minimalnie przyzwoity” Samarytanin²⁶. Niewykluczone jednak, że modelem najbliższym rzeczywistości i zarazem najtrafniej określającym samoświadomość współczesnego lekarza jest drugoplanowa postać tej przypowieści – ów właściciel gospody, któremu Samarytanin wręcza dwa denary, przykazując troskę o swojego podopiecznego: „Miej o nim staranie, a jeśli co więcej wydasz, ja oddam tobie, gdy będę wracał” (Łk 10, 35). Rzeczywiście zdarza się, że w dyskusjach o granicach obowiązków współczesnego lekarza wyraźnie pobrzmiewa pytanie: Czy dwa denary to nie za mało? Lekarz, jeżeli tak postawimy sprawę, nie jest tym, który ma okazywać miłosierdzie. Jest on wysoko wykwalifikowanym specjalistą, który, tak jak fachowcy z innych branż, świadczy swoje usługi, jeżeli chce i jeżeli otrzymuje za to zadowalające go wynagrodzenie. Ryzyko jest po prostu jednym z czynników mających wpływ zarówno na samą gotowość do pracy, jak i wysokość oczekiwanego wynagrodzenia.

Nie brak też jednak głosów wyrażających zupełnie odmienny sposób myślenia. Zdaniem wielu lekarzy, chirurg odmawiający zoperowania pacjenta-nosiciela HIV byłby podobny w swojej postawie do – na przykład – kapitana tonącego statku, który zamiast, jak tego wymaga jego rola, pozostać na mostku do chwili, gdy statek opuszczą już wszyscy pasażerowie i członkowie załogi, przepycha się do szalup wraz z innymi, tłumacząc sobie w duchu: „przecież chciałem być tylko kapitanem, nie obiecywałem, że będę bohaterem”. Jeżeli jest tu jakaś różnica, to ta, że lekarz, wypełniając swoje obowiązki, narażałby się na o wiele mniejsze ryzyko. Lekarze myślący w ten sposób zgodziliby się, być może, z poglądem Reedera: „Tym, co wyróżnia lekarza opisanego przez Urmsona i Feinberga, jest to, że zgłasza się on na ochotnika i czyni zbędną swojego rodzaju procedurę dystrybucyjną, która musi mieć miejsce wówczas, gdy więcej niż jedna osoba może pomóc, ale nie wszystkie są potrzebne. Gdyby lekarz był jedyną osobą, która może pośpieszyć z pomocą lub też gdyby wszyscy będący do dyspozycji lekarze okazali się niezbędnymi, wówczas lekarz ten odważnie wypełniłby swój obowiązek”²⁷. Nawet więc poważne ryzyko nie musi czynić niesienia pomocy

²⁶ J.J. Thomson *A Defence of Abortion*, „Philosophy and Public Affairs” 1971 nr 1, s. 47–66. Tekst ten ukazał się w języku polskim w: T. Hołówka (red.) *Nikt nie rodzi się kobietą*, Warszawa 1982.

²⁷ J.P. Reeder *Benevolence, Supererogation and Role Duty*, s. 98–99.

działaniem nadobowiązkowym, jeżeli tylko to udzielenie pomocy przez daną osobę, w danych okolicznościach, jest istotnie niezbędne.

Doktor Rieux, bohater *Dżumy Alberta Camusa*, nie jest postacią heroiczną. Jest on raczej kimś, kogo dałoby się określić mianem człowieka przyzwoitego, starającego się robić to, co do niego należy, spełniającego jedynie swoje obowiązki. Zapytany, dlaczego nie uciekł z zadżumionego miasta, mógłby odpowiedzieć w sposób charakterystyczny dla pewnego pokroju ludzi: „bo tak się po prostu nie robi”.

Jak się wydaje, odpowiedzi na pytanie o rolę lekarza i wynikające z niej obowiązki nie da się udzielić w postaci precyzyjnej definicji – zbyt duża panuje tu rozbieżność opinii. Wydaje się również, że ta odpowiedź nie będzie nigdy ostateczna – formułują ją stale na nowo kolejne pokolenia lekarzy. Pytania podobne do tych, o których była tu mowa, straciłyby więc swój sens, gdyby zabrakło wśród lekarzy ludzi gotowych do poświęceń i skłonnych traktować swoją pracę jako coś więcej niż zawód. Wówczas jednak musiałyby też ulec zasadniczej zmianie pewne nasze potoczne wyobrażenia o medycynie i lekarzach. Jak bowiem słusznie zauważają Edmund D. Pellegrino i David C. Thomas: „Pozbawiona pewnej dozy samopoświęcenia, medycyna przestaje być powołaniem w jakimkolwiek tradycyjnym znaczeniu tego słowa i staje się jedynie rzemiosłem”²⁸.

SEWERYN SZATKOWSKI – THE PRINCIPLE OF BENEVOLENCE IN MEDICINE

The topic of the paper is the principle of benevolence as one of the main principles of medical ethics. The author discusses different definitions of benevolence and reflects upon the prospects of justification of the demand of benevolence. The author comments on the limitations of the usefulness and validity of such a demand.

²⁸ E.D. Pellegrino, D.C. Thomas *For the Patient's Good (The Restoration of Beneficence in Health Care)*, New York 1988, s. 27.