

## Dyskusja po referatach profesorów T. Kielanowskiego i Z. Ziemińskiego. Przewodniczą: prof. dr J. Keller i prof. dr J. Jaroszyński

Prof. J. Keller: Głęboko humanistyczny i humanitarny punkt patrzenia prof. T. Kielanowskiego na zadania lekarza jako obrońcy życia ludzkiego zasługuje na szczere uznanie ze stanowiska etycznego. Jest on wyrazem podstawowej zasady etycznej, że człowiek jest najwyższą wartością i celem każdego działania.

W związku z tym jednak etycy oczekują od lekarzy odpowiedzi na trzy pytania, niezmiernie ważne, jak sądzę, w omawianej problematyce:

1. Pytanie pierwsze: Kiedy płód ludzki staje się człowiekiem? Odpowiedź na nie wydaje mi się istotna dla moralnej oceny działania zmierzającego do przerwania ciąży. Jeśli bowiem przyjmie się, że istnieje pewien okres czasu, w którym płód nie jest jeszcze człowiekiem, lecz częścią organizmu matki, to usunięcie go w tym okresie nie może być w żadnym przypadku ocenione jako „zabójstwo człowieka”, lecz jako działalność chirurgiczna podobna do wielu innych, których z punktu etycznego nie zamierzamy potępiać.

W związku z tym chciałbym dodać, że dzisiejsze kaznodziejstwo kościelne, które z taką bezwzględnością gromi usuwających ciążę lekarzy jako „morderców”, zdaje się zapominać o tym, że obowiązująca dziś w Kościele zasada, jakoby płód od chwili poczęcia był człowiekiem (tzn. w momencie zapłodnienia otrzymywał od Boga duszę nieśmiertelną) jest stosunkowo młoda. Jeszcze w okresie późnego średniowiecza teologia katolicka za św. Tomaszem z Akwinu nauczała, że płód ludzki otrzymuje duszę rozumną dopiero kilkadziesiąt dni po poczęciu, przy czym płód żeński znacznie później niż męski.

Obecnie w kulturze europejskiej problem ten jest otwarty — i właśnie od nauki oczekujemy możliwie jasnej odpowiedzi.

2. Pytanie drugie: Czy każdą istotę zrodzoną z ludzkiej matki należy uważać za człowieka? Chodzi tu szczególnie o tzw. potworki, które współczesna medycyna potrafi bardzo długo utrzymywać przy życiu. Ze stanowiska etycznego odpowiedź na to pytanie posiada doniosłe znaczenie, gdyż od niej uzależniona jest moralna ocena czynów ratowania im zdrowia i życia. W dalszej konsekwencji chodzi przy tym pytaniu i o inne osobniki, u których świadomość może się rozwinąć w minimalnej mierze.

Dla całości obrazu traktowania tej sprawy w kulturze europejskiej pragnę przypomnieć i o tym, że w tradycji chrześcijańskiej starożytnej, średniowiecznej i nawet późniejszej istniało przekonanie, że potworki są istotami zrodzonymi z ludzkiej matki wskutek cielesnego obcowania z diabłem. Wierzono powszechnie, że kobieta może się dopuścić cielesnego kontaktu z diabłem i w ten sposób zrodzić istotę potworną. Było to przekonanie nie tylko ludowe, ale i „naukowe”. Obecnie

należy ono do przeszłości. Pytanie jednak, postawione na początku, pozostaje nadal otwarte.

3. Wreszcie pytanie trzecie: W jakim momencie następuje koniec życia ludzkiego? Wydawałoby się, że odpowiedź na to pytanie nie nastęrcza większych trudności. Sądę jednak, że nie jest to takie proste ani pod względem teoretycznym, ani praktycznym. Do niedawna utrzymywano, że kres życia ludzkiego jest związany istotnie z działalnością serca. Dziś wiemy, że tak nie jest. Nie jest znakiem śmierci tym bardziej utrata świadomości. Praktycznie znów znane są jakże liczne przypadki śmierci pozorowanej. W historii kościelnej np. znane są przynajmniej dwa przypadki, kiedy po otwarciu trumny ludzi dość dawno pochowanych znaleziono ich z odgryzionymi palcami. Przypadki grzebania ludzi w stanie śmierci pozorowanej nie były czymś tak bardzo wyjątkowym, skoro w pewnych okresach obowiązywał znaczny odstęp czasu od śmierci do pogrzebu celem upewnienia się, że człowiek rzeczywiście jest umarły.

Etyka oczekuje odpowiedzi na postawione pytania od medycyny i innych nauk przyrodniczych.

Sprawa następna, poruszona w referacie prof. T. Kielanowskiego, odnosi się do roli lekarza u łóża człowieka nieuleczalnie chorego. Z wielką satysfakcją podpisuję się pod wyrażoną tam opinią. Pragnę jedynie dodać, że w kulturze europejskiej istnieje do dziś tragiczny lęk przed śmiercią jako katastrofą i największym nieszczęściem człowieka. Jakże są tego przyczyny?

Znaną jest rzeczą, że każdy byt „lęka się” unicestwienia. Dotyczy to zwłaszcza istot ożywionych, a szczególnie ludzi jako posiadających świadomość. Obserwacja przyrody jednak, a w tym i ludzi żyjących z naturą, każe nam sądzić, że sama śmierć nie jest tam czymś tak tragicznym. Nierzadko jeszcze można spotkać ludzi, którzy potrafią rozstać się z życiem tak jak inne istoty żyjące — jak dąb, który nie może się już oprzeć fali wichru, jak zwierzę, które odczuwając czas śmierci szuka sobie ustronnego miejsca, by odejść. U ludzi żyjących z przyrodą można spostrzec jakiś dostojny spokój i godne przekonanie, że trzeba odejść, bo czas. Wydaje mi się więc, że nie sama konieczność odejścia jest źródłem tragicznego lęku, ale świadomość niepewności „losu po śmierci”, jako skutku oddziaływania religijnego w kulturze europejskiej. Wynikiem tego oddziaływania jest powszechne zjawisko lęku i niepokoju człowieka stojącego w obliczu śmierci.

W tej sytuacji rola lekarza i pielęgniarki w dzisiejszym laicyzującym się społeczeństwie jest szczególna. Lekarz nie może się dziś ograniczyć do leczenia. Nie wszystko da się wyleczyć. Przychodzi czas, w którym najważniejszą funkcją lekarza w stosunku do nieuleczalnie chorego staje się funkcja opiekuna, powiernika i przyjaciela, troszczącego się o maksymalne umniejszenie mu cierpienia.

Dr K. Toeplitz: *Teologiczne kontrowersje wokół eutanazji*. Pisząc o trudnych zagadnieniach związanych z eutanazją nie można pominąć etymologii tego słowa, zwłaszcza że posiada ona kapitalne znaczenie o wartości nie tylko historycznej, ale i symbolicznej. Przedrostek *eu* pochodzi z greckiego i oznacza „dobry, ładny, pomysłny”, zaś *thanatos* oznacza „śmierć”. Grecy używali dwóch różnych pojęć dla oznaczenia śmierci; śmierć w młodym wieku, przedwczesną, nieszczęśliwą, nienaturalną lub odbywającą się w męczarniach, nazywali *ker*. Pojęcia *thanatos* używano w wypadku naturalnej śmierci. Podobnie Rzymianie odróżniali: *letum* i *mors*. Pobożni — według ówczesnych poglądów — przekraczają rzekę Lete, rzekę zapomnienia, wkracząc do szczęśliwego świata Pól Elizejskich. *Mors* natomiast oznacza bezpośrednią śmierć. *Thanatos* (bóg śmierci) i *Hypnos* (bóg snu) byli w mitologii synami

nocy (Nyx). Byli to uskrzydleni młodzieńcy, a Hypnosa przedstawiano z makówką (opium!) i małym różkiem, zaś Thanatosa z odwróconą w dół i wygaszoną pochodnią.

Pojęcie *enthánatéo* — „zejść śmiercią pełną godności” — spotykamy w greckim piśmiennictwie tylko trzykrotnie (fragmenty stoików, Polybios, Josephus). W komediach antycznych spotyka się pochodne: *euthánatos* i *euthanátos*, które to pojęcia oznaczają śmierć lekką lub szczęśliwą.

Podając etymologię tego słowa na ogół cytuje się list Cycerona do Attieusa (16 lipca, 3), chociaż tam eutanazja oznacza śmierć „honorową, sławną, pełną godności”. Także Gaiusa Suentiniusza Tranquilliusza opis śmierci cesarza Augusta zawiera sformułowanie, że kiedy August słyszał o czyjejś szybkiej, wolnej od cierpień śmierci, „miał nadzieję ubłagać bogów o taką eutanazję”.

Rozważania semantyczne są istotne także w związku z religijnymi sporami wokół eutanazji. Paul Moor (*Death is not the Worst: The Case for Voluntary Euthanasia*), na którego wywodach się tu częściowo opieram, powołuje się na niezwykle interesujące wywody amerykańskiego teologa Josepha Fletchera (*Morals and Medicine*, Boston 1960). Używany przekład piątego przykazania: „Nie będziesz zabijał” (lub: „Nie zabijaj”) nie jest wiernym tłumaczeniem pierwotnego tekstu. Pierwotne znaczenie da się raczej przełożyć następująco: „Nie popełniaj morderstwa”. Fletcher wskazuje, że w obu miejscach występowania przykazania (2 Mojż. XX, 13 i 5 Mojż. V, 17) używa się czasownika *ratsach*, który oznacza zabijanie podstępne, żadne zemsty; przykładowo w celu pomśzczenia kogoś lub w celu osiągnięcia korzyści materialnych. W Nowym Testamencie (Mat. V, 21, Łuk. XVIII, 20 i I Rzym XIII, 9) używa się greckiego czasownika *phoneuo*, który także oznacza postępowanie bezprawne. Nadto Fletcher przypomina moralistom biblijnym argument rzeczowy, że zarówno Abimelech, który nie chciał umrzeć śmiercią haniebną zadaną z ręki kobiety, jak i jego giermek, który spełnił prośbę swego pana o uśmiercenie go, nie zostali osądzeni. Tłumaczenie: „Nie będziesz zabijał” nie może więc już ze względów natury czysto semantycznej służyć jako rozstrzygający argument teologiczny w sporze o eutanazję.

W przejrzanym przekładzie Biblii i w anglikańskim modlitewniku piąte przykazanie przetłumaczono: „Thou shalt do no murder” (Nie będziesz mordował). Pojęcie morderstwa zaś oznacza zazwyczaj śmierć gwałtowną, zadaną z wyrachowania czy zemsty, co różni się zasadniczo od spełnienia prośby cierpiącego człowieka, stojącego w obliczu śmierci.

Ksiądz Donald W. McKinney z Pierwszego Kościoła Unitarian z Brooklynu interpretuje piąte przykazanie następująco: „W przykazaniu idzie przede wszystkim o szacunek wobec życia. Nie idzie o zabijanie, ale o poszanowanie życia, o godność”.

William Temple, arcybiskup Canterbury oświadczył: „Pogląd, że życie jest czymś absolutnie świętym, jest hinduistyczny lub buddyjski, ale nie chrześcijański”.

Uczynienie ze śmierci tabu, a także tanatofobia rozpowszechniona w chrześcijaństwie wynika zapewne ze śmierci twórcy tej religii, która odgrywa w niej niezwykle ważką rolę. W chrześcijaństwie życie i charakter śmierci mają zostać wynagrodzone, co rodzi może określony pesymizm, nieingerowanie w proces umierania ze względów dogmatycznych. Kapłan wielkiego prezbiteriańskiego szpitala w Nowym Jorku Robert B. Reeves pisze: „Inne kultury rozwiązały ten problem z godnością. My nie. Przekształciliśmy tradycję judaistyczno-chrześcijańską i opacznie przypisujemy życiu biologicznemu, jako takiemu, najwyższą wartość i na skutek tej interpretacji zaszliśmy do ślepej uliczki etycznych dylematów o gigantycznych rozmiarach”. Zresztą absolutyzacja wartości samego ciała ludzkiego oscyluje między

zabobonem a witalizmem. Cytowany już ksiądz Fletcher pisze: „Istnieje wiele różnych poglądów dotyczących natury śmierci i życia, ciała i duszy, a gros opiera się na niewiedzy i zabobonie. Dotyczy to nie tylko pacjentów, ale i lekarzy, pielęgniarek oraz personelu paramedycznego. W obrębie religii znajdujemy ekstremistyczne poglądy od nieortodoksyjnej etyki sytuacyjnej po pogląd, że śmierć i życie są zmonopolizowane i leżą «w ręku Boga» [...] Przekonanie, że Bóg pośrednio czy bezpośrednio działa w zjawiskach przyrody, jest formą animizmu, albo zwykłym panteizmem. Gdyby je traktować rzeczywiście poważnie — wówczas cała nauka, włącznie z medycyną, zamarłaby w rozwoju, gdyż obawiano by się, aby nie «sekcjonować Boga», lub nie partaczyć mu w jego rzemiośle. Podobne poglądy są beznadziejnie prymitywne, ale odnajdujemy je w życiu codziennym, chociaż teologowie już dawno się od nich odzegnali”. I kontynuując wywód w odniesieniu do lekarza, który rodzinie sparaliżowanego, 90-letniego pacjenta powiada, że pozostawia jego los w ręku Boga: „Ale Bóg nie współpracuje z nim. Możliwe, że lekarz ten potrzebuje lepszej, bardziej twórczej teologii”.

Jeśli Bóg jedynie miałby prawo decydować, kiedy życie się ma skończyć, oznaczałoby to, że Bóg każdemu dokładnie wyznaczył długość jego życia, oznacza też — konsekwentnie to stanowisko analizując — że należałoby zakazać medycynie stosowania środków przedłużających życie — czytamy u dra Leslie Wengera w jego *Raporcie o eutanazji* — czyli zakazać praktycznie w ogóle leczyć i działać profilaktycznie.

W konsekwencji — konkluduje omawiając podobny problem W. R. Matthews, będący w latach 1934—1967 najwyższym duchownym w Katedrze św. Pawła w Londynie — byłby taki pogląd błędną wykładnią predestynacji, prowadząc do absurdów, a „każda próba przedłużenia życia albo poprawienia stanu zdrowia byłaby ingerencją w wolę bożą; pogląd taki musi zostać odrzucony”. Witalizm prowadzi do fatalizmu, a ten do swoistego masochizmu, gdyż cierpienia fizyczne uzyskują w niektórych religijnych interpretacjach moralną wartość podporządkowaną osiągnięciu celów eschatologicznych. A przecież już w XVII w. angielski Hipokrates — Thomas Sydenham dostrzegał zadania medycyny we „wspieraniu słabej i uśmierzeniu nieokielzanej natury”.

Tak więc cierpienie jest czymś złym, inaczej nie da się wytłumaczyć lekarskiego obowiązku ulżenia pacjentowi cierpiącemu. Cytowany już R. W. Matthews powiada: „Powinniśmy się wszyscy oburzyć przeciwko człowiekowi, który cierpienia innego człowieka wyniośle ocenia jako «utajone błogosławieństwo» a sam odmawia uczynienia czegokolwiek dla ulżenia mu. Jeśli stoimy w obliczu cierpienia, które jest totalnie niszczące i które — na ile możemy osądzić — nie rokuje pozytywnych rezultatów — wówczas wydaje się, że niepodważalną regułą jest przede wszystkim posiadany obowiązek położenia mu kresu”; zważmy, że pisze to osoba duchowna.

Znany także w Polsce prawnik (ze swojej książki *Świętość życia i prawo karne*) G. Williams, członek kolegium Jezusowego Uniwersytetu w Cambridge pisze: „Należy odrzucić roszczenia teologów moralnych, siedzących w swoich przytulnych gabinetach, do dyktatorskich pełnomocnictw w interpretacji moralnej. Przynajmniej na to pytanie musi odpowiedzieć pacjent, lub praktykujący lekarz, gdyż tylko ci znają okropność i straszliwe zjawiska ostatnich chwil złowrogiego cierpienia”. Natomiast Weatherhed w iście osiemnastowieczny sposób odpowiada tym, którzy kwestie eutanazji chcą pozostawić w ręku Boga: „Pokazałbym im chętnie tę część mego ogrodu, którą poleciłem opiece Boga! Mój przyjaciel polecił swoją złamaną rękę

też Jego opiece i nie może jej teraz unieść" (*Czy beznadziejnie chorzy mają prawo na legalnej drodze prosić o śmierć*, w: „The Inquirer”, 16 X 1965).

Można przytaczać bardzo liczne opinie teologów i duchownych na ten dyskusyjny temat. Wymieńmy jeszcze kilku z nich nie wdając się w szczegóły. Harry Emerson Fosdick pisze o konieczności wzięcia odpowiedzialności za swój los w swoje ręce, aby uwolnić się od mąk śmiertelnych. J. M. Creed, prof. teologii w Cambridge, członek kapituły Katedry św. Pawła w Londynie i dr W.R. Inge, tudzież

R.A. Lambourne z wydziału teologii Uniwersytetu w Birmingham piszą o możliwości pogodzenia eutanazji z chrześcijańską etyką. Podobnie ortodoksyjna religia żydowska w gruncie rzeczy nie sprzeciwia się biernej eutanazji. Podstawy ku temu daje rabin Immanuel Jakobovits w książce *Jewish Medical Ethics* pisząc o „Uprawieniu przyśpieszania śmierci nieuleczalnie chorego, walczącego ze śmiercią pacjenta przez niepodawanie leków, które przedłużyłyby jego życie nienaturalnymi środkami”.

Ale są i tacy, którzy wyczekują. W końcu lat sześćdziesiątych Friends Service Committee opublikował Raport Kwaków, w którym nie zajmuje się w kwestii eutanazji sprecyzowanego stanowiska, co Fletcher komentuje sentencją Pascala: „Ponieważ ludziom nie udało się znieść śmierci, postanowili nie myśleć o niej”.

Na progu czasów nowożytnych po raz pierwszy bodaj o biernej i czynnej eutanazji (choć nie używa się tam tego pojęcia) pisał Tomasz Morus w *Utopii*, książce wydanej w 1516 r. „Niech więc z otuchą w sercu albo sam uwolni się od tego smutnego życia [chodzi o nieuleczalną chorobę], jakby od więzienia i tortur, lub zgodzi się, by inni go wyzwolili; postępek jego będzie rozumny, gdyż przez śmierć swą nie okaże wzgardy wobec dobrodziejstw życia, lecz przerwie tylko swą mękę; będzie to nawet zgodny akt woli z pobożnością i religią, ponieważ słucha on w tej sprawie kapłanów, pośredników boskich” (D. Petsch, *Morus*, Warszawa 1962). Jak wiadomo, Kościół Katolicki 39 lat temu kanonizował Morusa; czy było to przeoczenie, czy też świadoma niekonsekwencja? Pytanie to jest istotne, bowiem Moor podaje, że kościół zemścił się srodze na 166 lekarzach ze stanu New Jersey, którzy w petycji do władz stanowych postulowali danie nieuleczalnie chorym możliwości zwrócenia się do sądu z podaniem (potwierdzonym diagnozą lekarską), aby sąd — po zasięgnięciu opinii przez kompetentny zespół lekarski — zaaprobował eutanazję. Towarzystwo lekarskie stanu udzieliło im upomnienia, natomiast arcybiskupstwo w Newark opublikowało pełny wykaz imienny 166 grzeszników i napiętnowało ich.

Opozycja kościoła wobec eutanazji nie ogranicza się do Kościoła Katolickiego. Kongres Kościołów Protestanckich w Ameryce potępił w 1952 r. wszystkie próby legalizacji eutanazji, niezależnie od jej formy i okoliczności. Pięć lat później Arcybiskup Canterbury powiedział w Izbie Lordów: „Śmierć z łaski należy ocenić jako morderstwo i nic innego”.

Pius XII w 1957 r. w kwestii stosowania środków łagodzących odczuwanie bólu mówił: „...jeśli podanie narkotyków posiada dwojakie, ściśle określone działanie, mianowicie wybawienie z bólu i skrócenie życia — jest to dozwolone; należy się jednak upewnić, że między tymi oddziaływaniami zachodzi rozsądna relacja [...], że tego samego rezultatu — przy obecnym stanie nauki — nie da się osiągnąć innymi środkami i że przy podawaniu narkotyków nie przekracza się praktycznie niezbędnych granic”. Stanowisko takie może zrodzić jezuicką kazuistykę, zdemaskowaną jeszcze przez Pascala. Jeśli bowiem — komentuje dr teologii, ksiądz L. Weatherhead — lekarz podaje narkotyki w zamiarze skrócenia życia — grzeszy; jeśli na-

tomiast jego intencją jest łagodzenie bólu i podaje tę samą ilość narkotyków, wówczas jest moralnie czysty.

Pół roku później papież jeszcze raz zajął w tych sprawach stanowisko, kiedy na Kongresie Anestezjologów w Rzymie prof. dr Bruno Haid, kierownik oddziału anestezjologii Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu w Innsbrucku, postawił papieżowi szereg pytań. Przykładowo: Czy jest sensowne (czy istnieje obowiązek) używania aparatury oddechowej, jeśli przypadek jest beznadziejny? Czy wolno aparaturę wyłączyć, jeśli na skutek tego nastąpi zgon, a stan pozbawienia świadomości trwa już szereg dni? Kiedy można uznać człowieka za zmarłego, jeśli jego krwiobieg zależy tylko od aparatury?

W odpowiedzi Pius XII orzekł, że podjęcie próby reanimacji „nie jest czymś niemoralnym, ponieważ pacjent mógłby lekarza do tego upoważnić, jeśli tylko znalazł się w stanie zdolnym do podejmowania decyzji. Ponieważ jednak ten sposób terapii wybiega dalej niż zwykle stosowane metody, więc nie można orzec, że jest obowiązujący”. Aparaturę można wyłączyć, gdyż „nie ma bezpośredniego wygasania życia pacjenta i aktywnej eutanazji, która nigdy nie będzie dozwolona”.

W październiku 1970 r. Paweł VI wobec lekarzy oświadczył, że eutanazja bez zgody pacjenta jest morderstwem, a z jego przyzwoleniem samobójstwem. „To, co z moralnego punktu widzenia jest przestępstwem, nie może w żadnych okolicznościach zostać zalegalizowane”. Niektóre sformułowania, zarówno jego poprzednika, jak i samego Pawła VI wskazują, że pośrednio kościół aprobuje jednak bierną eutanazję. Mimo to konstatuje tu wyraźną sprzeczność w postawie głowy kościoła, sprzeczność dającą możliwość dosyć swobodnej interpretacji, przemawiającą zarówno za, jak i przeciwko biernej eutanazji.

Papież stwierdził ponadto, że lekarze mają wprawdzie obowiązek zwalczać śmierć wszystkimi dostępnymi nauce środkami, ale nie są zmuszeni do stosowania wszystkich technik utrzymujących pacjenta przy życiu; użył przy tym sformułowania „niepotrzebne męki”. Podobne stanowisko zajął Paweł VI jesienią 1971 r.

Jak więc ma postąpić lekarz wierzący, jeśli u chorego na raka wywiąże się pneumonia? Czy zaniechać zaaplikowania antybiotyków? Chrześcijańskie miłosierdzie przemawia za tym, moralność przeciwko. Tak oto do niełatwych konfliktów etyczno-lekarskich dochodzą jeszcze dodatkowe, natury religijnej, od których medycyna jako nauka powinna być wolna. Zważmy też na pewną niekonsekwencję: jeśli „życie ludzkie jest w ręku Boga”, to lekarzom nie wolno go skracać — według orzeczeń kościoła — w sposób czynny z woli pacjenta, ale wolno je — też z woli pacjenta — przedłużać; swoista to logika.

Badania opinii publicznej wskazują raczej na to, że coraz bardziej teologiczne dogmaty nabierają indywidualnego znaczenia dla każdego umiającego. Jeśli nawet czynną eutanazję określi się mianem samobójstwa, to przecież żaden biblijny tekst wyraźnie i jednoznacznie czynności takiej nie osądza. Biblia mówi o wielu samobójcach bez potępiania tych ludzi, żeby tylko wspomnieć raz jeszcze Abimelecha. Ale przykładów jest dużo więcej. Saul popełnił samobójstwo rzucając się samemu na miecz, kiedy sługa nie chciał go na jego prośbę zabić; Achitopel, doradca Dawida, popadłszy w niełaskę, powiesił się i został pochowany w grobie swego ojca; Simri zginął śmiercią samobójczą w ogniu, wreszcie legendarny Samson itd. Jezus też miał możliwość ująć śmierci, ale sam jej chciał. Potępienie moralne samobójstwa w tradycji chrześcijańskiej wiąże się dopiero ze św. Augustynem i Tomaszem.

Na koniec jeszcze stanowisko Synodu Holenderskiego Kościoła Reformowane-

go, który wiosną 1972 r. opublikował raport — *Eutanazja: sens i granice opieki lekarskiej*, którego *resumé* nosi podtytuł: „Holenderski Kościół Reformowany akceptuje bierną eutanazję. Zezwolenie na dyskusję o aktywnej eutanazji”.

Synod Kościoła podkreśla przy tym, że idąc naprzeciw licznym pytaniom kół lekarskich, gotów jest na podstawie Ewangelii te trudne problemy wraz z innymi przemyśleć. Dokument omawia problemy: stosunku lekarza do umierających, dzieci teratogennych i ofiar wypadków drogowych, „ziemi niczyjej” między życiem a śmiercią, odpowiedzialności pacjenta, samobójstwa jako rodzaju eutanazji i aktywnej eutanazję. W podrozdziale „Rozważania biblijne”, czytamy: „W Biblii szuka się daremnie ściśle określonych wskazówek etycznych zachowań ludzkich. Biblia nie daje więcej nieodpartych i pewnych zasad moralnych w postaci jednoznacznych dogmatów. Określone problemy były dla antycznych ludzi ważne, ale nie są nimi dla nas. Problemy, które nas interesują, wtedy były nieznanne”. Dokument opracowany przez teologów, lekarzy i etyków określa, że „życie w biblijnym sensie zakłada możliwość komunikacji. W przypadkach, w których po wszechstronnych badaniach lekarskich stwierdza się, że możliwość restytuowania tej zdolności jest wykluczona — przekroczona też została granica ziemi niczyjej między życiem a śmiercią. Wówczas pacjent przestaje być podmiotem historii, z jakkolwiek własną osobowością i zdolnością do podjęcia w jakiejś chwili w przyszłości więzi ze światem zewnętrznym [...] Dlatego jest uzasadnione przerwanie opieki lekarskiej, gdyż dalsza opieka nie daje żadnych podstaw do oczekiwania jakichkolwiek pozytywnych rokowań. Odpowiednio do tego równie usprawiedliwione może być nierozpoczynanie leczenia, jeśli diagnoza jednoznacznie wykaże, że pozytywnych rokowań osiągnąć niepodobna”. Podobnie traktuje się sprawę dzieci, które z powodu ciężkich urazów fizycznych czy zaburzeń duchowych będą niezdolne do prowadzenia życia komunikatywnego; dokument Synodu nie usprawiedliwia tu ingerencji chirurgicznej. Zaznaczyć należy, że w odróżnieniu od witalistycznej interpretacji, gdzie sama cielesność człowieka już jest wartością najwyższą — tu staje się nią osobowość człowieka: człowiek w swej totalności, tzn. wolności, zdolności podejmowania świadomych kontaktów ze światem zewnętrznym, człowiek pełen godności, zintegrowany.

Nie wnikając w szczegóły różnic orzeczeń Kościoła Katolickiego i Reformowanego w kwestii interpretacji tejże Biblii wyraźnie widać „otwartą postawę” tego ostatniego, widać też, że na podstawie tego samego źródła (Biblii) możliwe i spotykane są różne, a czasami wręcz sprzeczne interpretacje. Cytowany już Matthews w tym kontekście stwierdza, że ostateczne pryncypia chrześcijańskiej moralności są wprawdzie niezmiennie, a jej kardynalnym fundamentem jest „miłość jako spełnienie prawa” (ap. Paweł), ale odpowiednio do czasu i okoliczności należy te pryncypia stosować. „Zalecenia, które ongiś były sensowne i korzystne, z czasem mogą się okazać przestarzałe i «spełnieniu prawa» przeszkodzić. Przed tym musimy się chronić, jeśli przez trzymanie się «litery Pisma», nie chcemy zdradzić jego «ducha»”. Konkluzja tego teologa jest oczywista: „prawo miłości wymaga nowych obowiązków”.

Jak widać, nowe sytuacje rozsadzają skamieniałe poglądy; dyrektywy moralne, które uchodziły w oczach kościołów za niewzruszone, zostają przez nie zrelatywizowane pod naciskiem nowych sytuacji i opinii publicznej, rodząc niekonsekwencje i sprzeczności w teorii oraz — często zbędne — dramaty w praktyce lekarzy, życiu pacjentów i osób bliskich.

Są to ważne problemy z pogranicza prawa, filozofii i medycyny, problemy rzutujące w sposób istotny na stosunki międzyludzkie, na stosunki wśród personelu

leczącego; także dlatego żadnemu medykowi filozofia nie może być obca, nigdy nie może jej mieć za dużo. Możemy i musimy się z określonymi poglądami nie zgadzać, ale mamy teoretyczny i praktyczny obowiązek zaznajomić się z nimi.

Dr Z. Szawarski: Przedwczoraj wyraziłem się sceptycznie o możliwości naprawę sensownego kodeksu etyki zawodowej lekarza, który rozwiązywałby i rozstrzygałby istotne problemy, jakie niesie z sobą rozwój współczesnej medycyny. Dyskusja, która toczyła się do tej pory, utwierdziła mnie w tym sceptycyzmie jeszcze bardziej i obawiam się, że żaden, najlepiej nawet rozwinięty i opracowany, kodeks nie rozwiąże tych problemów i tych wszystkich wątpliwości moralnych, jakie stoją przed współczesnym lekarzem w warunkach nowoczesnej techniki. Nie znaczy to, wcale, że oponuję przeciwko budowaniu kodeksów. Sądzę nawet, że są one potrzebne, czy to ze względów dydaktycznych, czy ze względu na ochronę zawodu przed ingerencją z zewnątrz, czy wreszcie z innych względów. Ale jednocześnie sądzą, że są one całkowicie nieskuteczne, jeśli chodzi o podejmowanie decyzji przez lekarza. Sprawa jest bowiem prosta: bez względu na to, jakie istnieją np. poglądy na temat eutanazji, bez względu na — powiedziałbym — indukcyjne obliczenia, dotyczące opinii na ten temat, nie wynikają z tego żadne konkretne konkluzje, dotyczące moralnej oceny takiego czy innego działania podjętego przez lekarza. Zgodnie bowiem z dyrektywami metodologicznymi, ze zdań o faktach, ze zdań o tym, co ludzie lub kodeksy uważają za słuszne, nie wynika logicznie, co naprawdę jest słuszne i co naprawdę należy uczynić.

Co zatem ma robić lekarz? Czego powinno się go nauczyć, aby ułatwić mu życie w owym coraz bardziej skomplikowanym świecie? Czy rzeczywiście lekarze nie mają prawa domagać się od etyków ułatwienia podejmowania decyzji moralnych? Sądzę, że takie prawo mają i jako etycy powinniśmy, rzeczywiście powinniśmy, podjąć pewne badania, które doprowadziłyby do uświadomienia możliwości podejmowania racjonalnych decyzji. Bo to, o czym mówiono w dyskusji, że lekarz powinien postępować zgodnie z sumieniem, co zwłaszcza profesorowie medycyny bardzo mocno akcentowali, nie jest właściwym rozwiązaniem. Dla nas, etyków, jest to właściwie swojego rodzaju zasłona, bo cóż to znaczy „powinien postępować zgodnie z własnym sumieniem”? Jakim sumieniem? Wiemy przecież, że sumienie kształtują rozmaite naciski społeczne, naciski środowiskowe. Są różne teorie sumienia, nawet w samej psychologii. Panowie tutaj mówią, że lekarz winien postępować zgodnie z własnym sumieniem, ale — jak powiada niekiedy prof. Kotarbiński — bywa, że sumienie bełkoce, sumienie mówi niewyraźnie. Nie można jasno zrozumieć, co właściwie ono podszeptuje. I co wtedy robić?

Etyk odpowie wówczas, że należy postępować tak, aby nasza decyzja była możliwie racjonalna, aby była jak najlepiej uzasadniona. Albo powie, żeby można było przytoczyć jak najlepsze racje na rzecz tej właśnie decyzji. Sądzę, że istnieją pewne procedury logiczne, które mogłyby ułatwić podejmowanie decyzji w sytuacjach konfliktowych. Z jednej strony, jeśli chodzi o relację lekarza i pacjenta, relację symetryczną, można by próbować pewnych interpretacji czy pewnych rozwinięć klasycznego, jak by nie było, imperatywu kantowskiego, czy też rozwijać pewne modele etyki oparte na modelu etyki kantowskiej. Rzecz jednak wygląda całkowicie inaczej, jeśli chodzi o relacje dotyczące powinności lekarza wobec społeczeństwa. Tutaj należałoby zdać sobie sprawę z tego, czy nie można zbudować pewnej skali preferencji, która ułatwiłaby podejmowanie decyzji.

Z dyskusji wynika, że tego rodzaju skale preferencji rzeczywiście są, że powinno się np. najpierw leczyć pacjenta, który rokuje większe szanse wyleczenia.



To zwłaszcza przebiła z wypowiedzi prof. Górnickiego. Ale etycy idą jeszcze dalej. A co np. robić, jeśli w przypadku unikalnej aparatury mamy do czynienia z dwoma czy trzema pacjentami, którzy spełniają wszystkie przyjęte wcześniej kryteria selekcji doboru, a których niepodobna leczyć jednocześnie. Odpowiedź jest szokująca: losowanie.

Pomyślmy więc, co zatem bardziej nam się opłaca? Czy działanie na wycucie, zgodnie z podszeptami sumienia, czy uciekanie się do tego typu szokujących jednak rozwiązań, czy też może dążenie do ustalenia uzasadnionych naukowo, w miarę pewnych zasad wyboru w sytuacjach konfliktowych.

Druga sprawa zasadnicza to sprawa traktowania norm moralnych. Jesteśmy przyzwyczajeni — i jest to tradycyjne, stereotypowe podejście — do tego, że normy moralne są kategoryczne i apodyktyczne, gdy tymczasem wiadomo, że tak nie jest. Kategorycznie mówimy „nie zabijaj”, ale z góry przewiduje się 6 czy 8 przypadków, kiedy wolno zabijać, kiedy nawet trzeba zabijać. Oczywiście nie wynika z tego, że zabójstwo jest dobre. Wynika tylko tyle, że w pewnych sytuacjach zabójstwo, pozostając złe, jest jednak usprawiedliwione. To jest sytuacja wojny, to jest sytuacja kary śmierci, to jest sytuacja działania w samoobronie. „Powinniśmy mówić zawsze prawdę” uczymy dzieci. Ale jednocześnie w pewnym wieku powinniśmy dodatkowo uczyć dzieci modyfikować ową uniwersalną zasadę. „Mów prawdę z wyjątkiem tych sytuacji, kiedy prawda może być szkodliwa dla tego, z kim rozmawiasz”. Mówimy „nie kłam” — ale zaraz określamy skalę precedensów, kiedy wolno, a kiedy nie wolno kłamać. Wolno np. kłamać w sytuacjach wojny czy w sytuacjach zagrożenia własnego życia. Dlatego też nie rezygnując z budowania kodeksów ogólnych, powinniśmy uświadamiać ludziom, w jaki sposób i w jakich sytuacjach racjonalnie można ograniczać obowiązywanie zakresu danej normy. Przypominam sobie w tym momencie nieduży szkic prof. Kołakowskiego, przedrukowany bodajże w 1965 r. w zbiorze *Kultura i fetysze*, w którym Kołakowski nazwał człowieka mówiącego zawsze i wszędzie prawdę osobowością neurotyczną. Obawiam się, że takie byłyby konsekwencje, gdyby w praktyce zacząć realizować proponowany przez dr Starczewską model heroizmu, gdyby zacząć wymagać od lekarza, żeby w każdej sytuacji, za wszelką cenę traktował wszystkie istnienia ludzkie jednakowo. To jest po prostu niemożliwe, choćby ze względu na higienę psychiczną.

Solidaryzując się w pełni ze względów moralnych z postulatem, że życie ludzkie jest najwyższą wartością, którą chronić należy za wszelką cenę, chciałbym jednak, abyśmy pamiętali, że są sytuacje, kiedy z takich czy innych względów musimy naruszyć tę zasadę mając pełną świadomość, że postępujemy źle, ale wiedząc zarazem, że są pewne istotne względy, które usprawiedliwiają naruszenie jej. Nie sądzę, żeby można było z góry zbudować taki katalog sytuacji, kiedy należy postąpić tak czy inaczej. To jest niemożliwe. Swoistą cechą cywilizacji, w której żyjemy, jest to, iż nieustannie, lawinowo, niejako w postępie geometrycznym narasta liczba sytuacji konfliktowych, sytuacji problemowych, które musimy błyskawicznie rozwiązać. Tradycyjna edukacja moralna na dłuższą metę jest niemożliwa. Prawnicy dysponują taką mądrą konstrukcją zasad współżycia społecznego, które pozwalają dostosowywać prawo do zmieniającej się rzeczywistości przy pomocy pewnych komentarzy. W etyce nie ma Sądu Najwyższego, który by w zależności od okoliczności komentował tę czy inną nową konstrukcję, ale każdy powinien w każdym nowym wypadku dokonywać ponownie analizy danej zasady moralnej w nowej sytuacji moralnej, w nowym kontekście. Tego się trzeba po prostu nauczyć i z tym należy się pogodzić, bo w sferze moralności każdy z nas podejmuje

decyzje na własne konto, na własny rachunek, jest za to odpowiedzialny i żadne kodeksy moralne, prawne, obyczajowe, żadne systemy deontologiczne nie są go w stanie usprawiedliwić z takich czy innych decyzji.

Dr J. Hołó w k a: Wydaje mi się, że warto odpowiedzieć sobie na pytanie, jaką funkcję pełnią kodeksy moralne. Prof. Kielanowski wspomniał, że istnieje prawie czterdzieści różnych kodeksów deontologicznych. Ktoś powiedział później, że jest to dowodem tego, że są one potrzebne. Równie dobrze można by jednak myśleć, że jest to dowodem tego, że są one niepotrzebne i nieudolnie normują postępowanie lekarza, skoro potrzebnych było aż czterdzieści kodeksów.

Prof. T. K i e l a n o w s k i: Każdy w innym kraju.

Dr J. Hołó w k a: A przepraszam, to nieporozumienie. Skoro jest ich po jednym w różnych krajach, to z tego nie wynika, że są potrzebne, ani że są nieskuteczne. Skądinąd jednak sądzę, że są one nieskuteczne. Na szczęście nie są one jedynym możliwym wyjściem. Jak sądzę, są dwie możliwości sterowania postępowaniem lekarzy. Jedną z nich jest ustalenie pewnych kodeksów deontologicznych — i to się robi często. Drugą jest wprowadzenie kontroli przez klientów — i tego się nie robi wcale. Czy jednak rzeczywiście kodeksy deontologiczne lepiej rozwiązują problem właściwego sterowania zachowaniem lekarzy niż kontrola klientów? Byłbym zdania, że lepiej to może zrobić kontrola klientów.

Większość kodeksów deontologicznych daje się łamać w sposób legalny i niemal zupełnie bezkarny. Niespełnienie wymagań kodeksu, jeśli nie jest ścigane przez prawo albo przez Izbę Lekarską, pozostaje wyłącznie kwestią prywatnego sumienia lekarza. Jeśli sumienie lekarza jest dostatecznie czułe, to być może przypomnienie sobie punktu w kodeksie deontologicznym powstrzyma go przed niedbalstwem czy lekkomyślnością. Jeśli jest inaczej — lekarz może robić, co mu się podoba, byle tylko nie popadł w konflikt z prawem.

Kodeks Hipokratesa mówił o solidarności lekarzy między sobą. Bywa to podtrzymywane do dzisiaj. Sądzę, że postulat ten zwraca się przeciwko pacjentom. Jego celem jest wzmocnienie zaufania do lekarza. Zaufanie to jest najczęściej czynnikiem poprawiającym skuteczność terapii. Ale za to zaufanie pacjent płaci ignorancją i nieświadomością. Nie wie o lekarzu tego, co mogłoby lekarza kompromitować. Może więc być wprowadzony w błąd. Może nie wiedzieć, że oddaje się w ręce człowieka, który nie jest dobrym fachowcem. Odnosi się więc wrażenie, że kodeks bardziej służy lekarzom niż pacjentom. Do tej sprawy za chwilę powrócę. Główny problem leży jednak gdzie indziej. Gdyby kodeks był dobrym sposobem kontroli zachowania lekarza, warto by dyskutować nad tym, co powinno się w nim znaleźć. Wydaje się jednak, że żaden kodeks nie stanowi skutecznej formy kontroli.

Zacznijmy od tego, jaki autorytet stoi za kodeksem deontologicznym? Albo będziemy stali na stanowisku, że lekarze sami mogą ustalić, co ma być w kodeksie, albo możemy uważać, że powinni się oni zwrócić do kogoś spoza swojego grona. Ale do kogo? Normowaniem i wartościami zajmują się etycy i aksjologowie. Nie wiem, czy lekarze chętnie by się zwracali do aksjologów, i nie wiem, co aksjologowie mogliby lekarzom zaproponować. Jak się orientuję, w badaniach aksjologicznych ustala się pewne zależności między wartościami, albo powiedzmy ostrożniej, między przekonaniem o wartościach. Aksjolog nie ma jednak lepszego probierza tego, co jest moralnie słuszne, i tego, co jest moralnie niesłuszne, niż lekarz. Podstawowe intuicje moralne są wspólne dla lekarzy i aksjologów. Aksjo-

logia nie jest źródłem ani wiedzy praktycznej, ani specjalnej wiedzy logicznej. Jest pewną techniką kojarzenia odpowiednich faktów i twierdzeń. Jest techniką analizowania, a nie postulowania ocen i wartości. Cenne prace aksjologiczne mówią o tym, jak można z przyjętych założeń o charakterze wartościującym wyprowadzić konsekwencje. Aksjologia istotnie przydaje się potocznym intuicjom, ale przydaje im się w określony sposób. Intuicje potoczne są bardzo często sprzeczne, niekonsekwentne, lub uwikłane w paradoksy. Sprawą filozofa moralności czy aksjologa jest rozwiązanie tych problemów. Na przykład na gruncie etyki teleologicznej bardzo często pojawia się problem nieznamomości faktów. Zdarza się, że zwolennik takiej etyki próbuje realizować wartości konfliktowe lub wykluczające się. Sprawą aksjologa jest wtedy wyjaśnić, skąd się biorą trudności, i zaproponować ich rozwiązanie. Nie może on jednak zrobić nic więcej. Chcę jeszcze raz powiedzieć, że aksjolog nie jest dawcą dodatkowej, czystej wiedzy moralnej. Wydaje się więc nieprawdopodobne, żeby lekarz chciał użyć autorytetu aksjologa na poparcie moralnej słuszności wybranych przepisów deontologicznych. W każdym razie nie ma powodu tak robić.

Trzeba zatem przyjąć, że lekarze sami ustalają normy moralnego postępowania w swym zawodzie, zgodnie ze swoimi intuicjami moralnymi, które bądź są takie jak powszechne intuicje, bądź w jakimś stopniu specyficznie zawodowe. Przyjęcie kodeksu deontologicznego jest więc dobrowolnym zobowiązaniem lekarzy, wyznaczonym nie przez jakiś autorytet moralny, ale przez inne względy, z których najważniejszym jest — jak sądzę — podniesienie prestiżu zawodowego. I rzeczywiście przypuszczam, że kodeks deontologiczny nie spełnia żadnych innych funkcji. Bez wątplenia jest to całkowicie uczciwy sposób podniesienia prestiżu lekarza. Jeśli lekarze potrafią wspólnie stanąć na stanowisku, że godzą się wykonywać swój zawód z zachowaniem pewnych norm moralnych, ich prestiż społeczny rośnie. Z tym wiąże się większy szacunek dla przedstawicieli ich zawodu, większe wpływy i zarobki, a jednocześnie większa społeczna przydatność. To jest oczywiste.

W tej jednak sytuacji, przyjęcie kodeksu, lub odrzucenie, widziałbym przede wszystkim jako kwestię socjologiczną, a nie etyczną, jako problem deprecjacji zawodu albo podniesienia standardu wykonywania zawodu.

Lekarze mają pełne prawo domagać się, żeby ich działalność była ograniczana czy wyznaczana przez kodeks deontologiczny. Ale wtedy — jak sądzę — mówią oni w swoim własnym interesie i w swoim własnym imieniu. Żądają, by lepiej i łatwiej mogli wykonywać swój zawód. Oczywiście łatwiej jest być partaczem, niż nie być partaczem, i nie w tym sensie łatwiej wykonuje się zawód godząc się na pewne standardy. Ale jeśli już ktoś nie chce być partaczem, to łatwiej może rzetelnie wykonywać swój zawód wówczas, gdy wie, że pewne normy przestrzegane są w jego zawodzie powszechnie, gdy wie, że nie jest członkiem, który wali głową w ścianę, bo wszyscy poza nim wykonują ten zawód w sposób partacki. Tak więc, z tych względów wysoko oceniałbym próby formułowania kodeksów, a w szczególności wdrażania kodeksów w życie. Jeśli kodeks jest czynnikiem integrującym przekonania moralne lekarzy i realnie przyczyniającym się do poprawy standardów ich pracy — co dobre dla lekarzy, dobre jest dla całego społeczeństwa.

Jeśli jednak istnieją podejrzenia, że lekarze odbiegają od tego, czego wymaga od nich kodeks deontologiczny — jest on w moim przekonaniu całkowicie zbędny. Nie poprawia on prestiżu lekarza, a nie pełniąc tej funkcji nie służy niczemu ani nikomu. Dla zachowania właściwych standardów pracy warto się wtedy odwołać do kontroli klientów.

Trudno byłoby mi w tej chwili powiedzieć w sposób szczegółowy, jak sobie

wyobrażam dobre funkcjonowanie kontroli klientów. Łatwo tu o błędy. Może nawet jeszcze łatwiej niż przy formułowaniu kodeksów deontologicznych. Pewne sugestie można jednak podać. Bez wątplenia, pacjent powinien więcej wiedzieć o stanie swego zdrowia i o przebiegu swej choroby, niż się to najczęściej dzieje. Do dziś powszechnie stosowaną praktyką wśród lekarzy jest zapisywanie pewnego postępowania, zalecanie określonej terapii, bez wyjaśnienia, czemu one służą, a co więcej, bez opisanie możliwych alternatyw innego postępowania. Pacjent też najczęściej wie niewiele na temat rokowania swojej choroby.

Tymczasem wiedza medyczna popularyzowana jest przez wiele publikacji mniej lub bardziej naukowych, przez czasopisma, radio, telewizję lub szkołę, jest też najczęstszym tematem rozmów w czasie półtowarzystkich i półoficjalnych spotkań. Zdaję sobie sprawę, że nie jest to wiedza dogłębna, i że nieugruntowane opinie mogą przynieść więcej szkody niż pożytku. A jednak mimo wszystko, przeciętna wiedza medyczna pacjentów jest znacznie lepsza, niż lekarze zwykle przypuszczają. Nie ma więc powodu, by lekarz występował w roli szafarza zdrowia i życia, znajdującego jedyne wyjście z sytuacji, w której znalazł się pacjent. Lekarz powinien raczej występować w roli fachowca, który wykonuje pewną pracę na zlecenie. Sytuacja człowieka, który idzie z zepsutym samochodem do mechanika, nie różni się zasadniczo od sytuacji człowieka, który przychodzi do lekarza i prosi o wyleczenie. Pacjent powinien mieć znacznie więcej do powiedzenia na ten temat, jak będzie leczony i z jakim skutkiem. Kontakt z pacjentem zabierze oczywiście lekarzowi trochę czasu, ale, jak sądzę, czas ten będzie dobrze wykorzystany. Włączenie pacjenta do aktywnego dbania o własne zdrowie, włączenie go do procesu leczenia daje zwykle najlepsze szanse poprawy jego zdrowia. Zrywa ponadto z rozpowszechnionym mitem, że to lekarzowi, a nie pacjentowi głównie zależy na wyleczeniu pacjenta.

Prof. T. Kielanowski: Pan doktor Hołówka jest prawdopodobnie niedostatecznie poinformowany, bo w żadnym kodeksie deontologii lekarskiej, w żadnym z polskich ani w żadnym z zagranicznych (znam ich wiele, wydano ich kilka u nas w moim tłumaczeniu) nie ma nakazu bronięcia lekarza, który popełnił błąd zawodowy lub etyczny, ze względu na jakąś cechową, zawodową, rzekomą solidarność. Nic takiego nie istnieje. Owszem, w niektórych kodeksach jest mowa o tym, że obowiązkiem moralnym jest obrona kolegi niesłusznie oskarżonego, ale tylko niesłusznie oskarżonego. W obecnie obowiązującym polskim kodeksie nie ma nawet takiego sformułowania.

Wadą obecnego polskiego kodeksu („zbioru zasad”) jest zbyt duża deklaratywność i ogólnikowość; są to przeważnie tylko piękne hasła bez pokrycia. Dlatego bez pokrycia, że Izby Lekarskiej, która przez niemal sto lat stała na straży etycznego poziomu wykonawstwa zawodu lekarza, nie ma; tym samym kodeks nie ma egzekutywy. Komisje kontroli zawodowej, powoływane przez władze administracyjne, lecz nie wybierane przez lekarski samorząd, składają się z lekarzy odpowiedzialnych i pełnych dobrej woli, ale mogą wkraczać dopiero w wypadkach poważnych naruszeń obowiązków.

Istnieje jednak projekt poprawienia, rozszerzenia naszego kodeksu, a przy Radzie Naukowej przy Ministrze Zdrowia została powołana do życia komisja deontologiczna. Kodeks więc ulepszemy, ale paragrafu o nadmiernej solidarności zawodowej na pewno także w nim nie będzie.

Prof. H. Jankowski: Chciałbym sformułować kilka uwag ogólniejszych na

temat celów naszej konferencji. Otóż naszym zamierzeniem nie była generalna dyskusja na temat faktycznego funkcjonowania służby zdrowia. Jest to temat odrębny, ważny, lecz do przedyskutowania w innym gronie. Zespół uczestników determinuje właśnie rozważanie kwestii ogólniejszych, chociaż oczywiście nie można abstrahować od realiów.

A teraz uwagi szczegółowe. W dalszym ciągu pokutują u nas pewne XVIII-wieczne założenia. Sądzi się, iż np. z prawdy zawsze wynika dobro, iż wszystko da się jakoś do końca zorganizować i zracjonalizować. Można stosunki lekarz — pacjent ująć w kategoriach zlecenia i wykonania zlecenia, jak to proponował dr Hołówka. Istnieje jednak różnica między np. wizytą u fryzjera i wizytą u lekarza. Stosunek fryzjer — klient może, a nawet powinien być rzeczowo-instrumentalny, podczas gdy ten model stosunku jest nie do przyjęcia w relacji lekarz — pacjent. W tej ostatniej bowiem wzajemne zaufanie i powiedziałbym życzliwe nastawienie jest częstokroć istotnym elementem terapii. Pacjent nie może skontrolować lekarza, tak jak może skontrolować jakość usługi krawca czy szewca. Co więcej, w moim przekonaniu przesadna popularyzacja wiedzy medycznej jest bardziej szkodliwa niż pożyteczna. Nie chodzi tu o oświatę sanitarną ani o znajomość zasad higieny, czy np. dietyki, chodzi o sytuacje, w której pacjent stara się nie tylko wyręczyć lekarza w diagnozie, lecz również w terapii. Sądzę, iż w relacji lekarz — pacjent winien istnieć element jeżeli nie magii, to przynajmniej pewnego wtajemniczenia. Lektura dzieł medycznych przez ludzi nieprzygotowanych fachowo może co najwyżej doprowadzić do schorzeń nerwicowych.

W kwestii kontroli społecznej warto również zdać sobie sprawę z paradoksu kontroli, na który zwrócił uwagę Marks w swym studium na temat cenzury pruskiej. Jeżeli ma funkcjonować kontrola w sferze czysto lekarskiej, winna być sprawowana nie tylko przez osoby godne zaufania w sensie społecznym, lecz również co najmniej tak przygotowane, jak osoby, których praca jest przedmiotem kontroli. Podkreślam, iż reguła powyższa dotyczy spraw ściśle medycznych, a nie kwestii wspólnych dla służby zdrowia i innych zakładów i instytucji, z którymi komunikuje się obywatel.

W dzisiejszych referatach mowa była o różnego rodzaju niedomaganiach w działaniu służby zdrowia. Informacje przekazane nie mogą nie budzić uczucia pewnego pesymizmu. Nie może być bowiem tak, by przypadek decydował o tym, czy trafimy do dobrej, czy złej kliniki, czy opieka, jaką nad nami roztoczy personel, będzie kompetentna, czy też nie. Szczególnie dotyczy to pacjentów o beznadziejnym stanie zdrowia. Można by było sobie życzyć, by praktyka stosowana w klinice kierowanej przez prof. Kielanowskiego się upowszechniła, by nastąpiła w tej dziedzinie istotna zmiana atmosfery. Nie jest to sprawa błaha, zważywszy na wyjątkowość sytuacji człowieka beznadziejnie chorego i jego bezradność. Tych kwestii nie da się ująć w przepisach i regulaminach. Jest to bowiem sprawa nieregulowanego stosunku wobec człowieka, sprawa atmosfery i humanizmu.

W związku z tym chciałbym zwrócić uwagę na ten fragment wypowiedzi prof. Ziemińskiego, który stwierdził, iż wiele omawianych kwestii nie może być rozstrzygniętych przez samych lekarzy. Istotnie jest to sprawa zasad gospodarowania środkami społecznymi przeznaczonymi na służbę zdrowia. Byłoby dobrze, gdyby przeznaczano na kliniki prowadzone w sposób, o którym była mowa, przynajmniej tyle środków, ile np. przeznaczają się na zakłady kosmetyczne.

Jednakże decydenci chorują w innych warunkach niż pacjenci przeciętni. A przecież nie tylko terapia, lecz również warunki, w których przyszło pacjentowi zakończyć życie, mają istotne znaczenie. Terapia bywa poza elementami autotelicznymi

motywowana względami socjotechnicznymi. Człowieka trzeba wyleczyć jak najszybciej i jak najskuteczniej również po to, by mógł z powrotem włączyć się do pracy czy nauki. Inna jest sytuacja człowieka, którego ze względu na beznadziejny stan zdrowia niejako z góry spisuje się na straty. Traktuje się go częstokroć jako osobę niepotrzebnie zajmującą miejsce, zużywającą lekarstwa, absorbującą lekarzy. Takie podejście wszakże stanowi przekroczenie co najmniej kilku istotnych reguł etycznych. Chodzi tu o przekroczenie generalnej zasady humanizmu, zgodnie z którą człowiek winien być zawsze traktowany również jako cel w sobie, nigdy wyłącznie jako środek. Jest to również przekroczenie zasady ludzkiej solidarności, sprawiedliwości i opieki nad człowiekiem bezbronnym. Nie można etyki opierać wyłącznie na zasadzie maksymalizacji szczęścia. Ważniejsza jeszcze jest reguła minimalizacji cierpień, a ona właśnie ma tutaj zastosowanie.

Dr Z. Zwoliński: Przebieg dyskusji na tej konferencji, w której wyraźnie dominuje analiza sytuacji „granicznych”, w jakich lekarzom przychodzi działać i podejmować decyzje o życiu i śmierci pacjentów, uświadomił mi potrzebę poruszenia sprawy pozornie mniej ważnej, bo dotyczącej przede wszystkim ludzi zdrowych. Sądzę mianowicie, że dla dopełnienia czy uzupełnienia obrazu naszych rozważań trzeba wspomnieć o niektórych implikacjach wykonywania zawodu lekarza sportowego. Najpierw kilka uwag ogólnych.

Konkurencja sportowa jest tą formą rywalizacji, w której w sposób najmniej groźny rozładują się ludzkie frustracje i popędy agresywne oraz urzeczywistniają ważne pragnienia i nadzieje. Przebieg tej rywalizacji regulowany jest jednak nie tylko czysto technicznymi regułami gry oraz, w czasach współczesnych coraz natarczywiej, regułami finansowymi, prawnymi itp., lecz także normami moralnymi. Przynajmniej wydaje się, że normy moralne powinny mieć tu decydujące znaczenie. Ale z praktyki wiemy, że tak nie jest.

Widowiska sportowe, podobnie jak inne zjawiska autentycznie angażujące wyobraźnię i emocje mas, stają się przedmiotem coraz większego zainteresowania i manipulacji czynników pozasportowych. Prowadzi to do ingerencji pozasportowych, a niekiedy i pozamoralnych norm w przebieg zjawisk sportowych, a więc do wypaczenia sensu sportu, a zwłaszcza jego znaczenia moralnego.

Postępujące oderwanie się sportu wyczynowego od sportu uprawianego dla zdrowia czy przyjemności powoduje m.in. uzależnienie sportowca od finansującego jego rozwój klubu-przedsiębiorstwa. Przestaje on być dysponentem swego czasu, a często i życia osobistego. Jest to najczęściej warunkiem i ceną wyczynowego uprawiania sportu. Istotne jest jednak to, iż kryterium wartości sportowca, działacza i trenerów staje się w tych warunkach sukces i zwycięstwo, niekiedy za wszelką cenę. Indywidualny sukces sportowca traktowany jest jako „ukoronowanie” pracy całego zespołu, jako „dowód” słuszności metod treningowych, a czasem nawet służy jako symbol idei ogólniejszej, nic ze sportem nie mającej wspólnego. Okoliczności te nadają wynikowi sportowemu swoiste, pozasportowe zabarwienie i czynią sukces sportowy czymś bardzo pożądanym.

Sport jest jednym ze zjawisk społecznych o szczególnie dużym ładunku emocjonalnym. Posiada zdolność rozbudzania i rozpowszechniania postaw, także moralnych. Obecnie coraz częściej spotykamy się jednak z przenoszeniem się pozasportowych form rywalizacji do sportu. Sprawiedliwy przebieg rywalizacji sportowej, gdzie żelazną zasadą była reguła równych szans, wypaczają coraz częstsze praktyki stosowania niedozwolonych środków dopingujących. Odbywa się to niekiedy, niestety, za wiedzą, lub nawet w obecności lekarzy sportowych. Dążąc

do zwycięstwa za wszelką cenę, „sportowcy” wyczynowi używają tzw. anaboliów, sztucznie przyspieszających przyrost masy mięśniowej i zwiększających w ten sposób wydolność organizmu. Podobnie rzecz wygląda z transfuzją krwi, pobieranej od danego sportowca jakiś czas przed zawodami i przepompowywanej mu następnie tuż przed występem. Wiadomo, jak silnym naciskom ze strony samych sportowców, działaczy i trenerów podlega lekarz sportowy. Często popada w konflikt między własnym sumieniem a wymogami klubu-przedsiębiorstwa i jego przedstawicieli. A jednak mając możliwość interwencji w każdej fazie rywalizacji sportowej staje się nie tylko płatnym wykonawcą zawodu i opiekunem organizmu sportowca, lecz także „strażnikiem” moralnych reguł sportu. Dzięki temu lekarz sportowy uzyskuje możliwość udziału w moralnej odnowie życia zbiorowości.

Chciałem w ten sposób podkreślić, że szeroko i właściwie rozumiana medycyna służy nie tylko chorym i cierpiącym, o których tu tak często i wnikliwie mówiono, lecz także zdrowym, wobec których ma zawodowo określone obowiązki, a jednocześnie ogromne moralne możliwości.

Dr K. Starczewska: W pierwszym dniu obrad prof. Kielanowski zwrócił się do filozofów z pytaniem o definicję człowieka. Pytanie to miało charakter zasadniczy. Uznając, zgodnie z zaleceniami deontologii lekarskiej ludzkie życie za wartość bezwzględną, żądał on sprecyzowania odpowiedzi na pytanie, co to właściwie jest człowiek. Sugerował bowiem, że świadome wykonywanie zawodu lekarza wymaga udzielenia jasnej odpowiedzi na to pytanie. Czy życiu odmóżdżonego niemowlęcia, potworka, istoty o daleko posuniętym niedorozwoju skłonni będziemy przypisywać tę samą bezwzględną wartość, jaką przypisujemy życiu normalnie rozwiniętego człowieka? Czy istoty te uznajemy za ludzi? Czy obowiązują zatem wobec nich zasady lekarskiej deontologii?

W trzecim dniu obrad z podobnymi pytaniami zwrócił się, tym razem do lekarzy, filozof, prof. Keller. Sądził on bowiem, że definicja człowieka może najbardziej kompetentnie zostać sformułowana właśnie przez środowisko lekarskie.

Żądania powyższe w kontekście dyskusowanych na konferencji problemów zaniepokoiły mnie. Poszukiwanie najbardziej trafnej, czy też najbardziej oryginalnej i ciekawej, definicji człowieka jest z pewnością czynnością interesującą. Dopóki tego typu poszukiwania podejmowane są na gruncie czysto teoretycznej refleksji filozoficznej, są z pewnością niewinne. Gdy jednak odpowiedź na pytanie: „co to jest człowiek?” ma stać się, jak sugerowano na konferencji, dyrektywą dla działań praktycznych, cała sprawa nabiera, w moim odczuciu, pewnego, by tak rzec, posmaku grozy. Nie wiem bowiem, czy wystarczająco jasno zdajemy sobie sprawę z faktu, że przyjęcie jakiegokolwiek kryterium rozstrzygającego arbitralnie o tym, kto jest człowiekiem, jako kryterium obowiązującego w działaniach lekarza, byłoby równoznaczne z dyskryminacją tych istot, do których nie dałoby się go zastosować. Sądzę, że jest przy tym dość obojętne, jakie to będzie kryterium. Rozstrzygnięcie o czymkolwiek „człowieczeństwie” wedle jakichkolwiek dowolnie przyjętych zasad jest bowiem, w moim przekonaniu, niebezpieczne w jednakowym stopniu. Jednostka wyłączona, z tych czy innych powodów, ze wspólnoty ludzkiej jest w praktyce skazana na eksterminację. Nie sądzę zaś, abyśmy mieli moralne prawo rozstrzygnięcia o czymkolwiek życiu wedle jakichkolwiek dowolnie sformułowanych kryteriów teoretycznych. Co więcej, myślę, że teoretyczne zakreślenie granic „człowieczeństwa” jako dyrektywy dla działań praktycznych stać by się mogło istotnym zagrożeniem dla bezpieczeństwa całej ludzkiej wspólnoty, stwarzałoby bowiem możliwości dowolnego manipulowania pojęciem „człowiek” w celu wyłącza-

nia określonych kategorii istot ludzkich spod ochrony, jaką stwarzają im tradycyjne zasady etyki lekarskiej. Zbrodnicze perspektywy, do jakich prowadzić może praktyka uznawania pewnych ludzi za „nie ludzi” lub „pod ludzi”, odsłoniła nam przecież w sposób wymowny najnowsza historia.

Z tych to właśnie, między innymi, powodów uważam, że lepiej jest uchylić żądania sformułowania takiej definicji człowieka, która mogłaby stać się podstawą do rozstrzygnięć ustalających dyrektywy jakichkolwiek działań praktycznych. Moje jednoznaczne w tej sprawie stanowisko wynika, jestem tego świadoma, z określonego wyboru aksjologicznego.

Sądzę, że u podstaw wszelkich naszych decyzji leżą wybory intuicyjne, wybory, których nie da się łatwo zrationalizować, a które w sposób istotny decydują o tym, czym jesteśmy i jak działamy. Ów intuicyjnie dokonywany wybór zrozumieć można wówczas, gdy na przykład zadamy sobie proste pytanie o to, w jakim świecie pragnęlibyśmy żyć. Czy chcę żyć w świecie przypominającym gigantyczną termitierę, w świecie, w którym wartość ludzkiego życia mierzona jest jedynie jego praktyczną przydatnością, w świecie, w którym, jak mówił prof. Ziemiński, człowiek traktowany jest trochę tak jak samochód, ceniony i użytkowany dopóty, dopóki posiada błyszczącą, nowoczesną karoserię i sprawnie działający motor, a spłaszczany i odrzucany na cmentarz samochodów, gdy te walory utraci. Czy też raczej wolę żyć w świecie w pełni ludzkim, w którym człowiek traktowany jest istotnie jako wartość najwyższa, w świecie, w którym wartość ludzkiego życia jest czymś wyniesionym ponad wszelkiego typu kryteria praktyczne.

Z intuicyjnie dokonanego wyboru wizji świata, w którym pragnęłabym żyć, wynikają praktyczne wnioski. Pragnąc żyć w świecie ludzkim, a nie w gigantycznej termitierze, zmuszona jestem przyjąć do wiadomości istnienie tych wartości, które są dla owego wybranego przeze mnie świata konstytutywne. Są to mówiąc w największym uproszczeniu wartości gwarantujące istnienie między ludźmi relacji personalnych: wartość ludzkiej autonomii i wartość ludzkiej wspólnoty. Moralność jest w moim mniemaniu nieodłącznie związana z tymi właśnie wartościami. Gdy zaprzepaszcza zostanie ostatecznie, czy zagubiona gdzieś, wartość autonomii ludzkiej, niemożliwe staje się budowanie opartej na zasadach moralnych wspólnoty, zanika bowiem więź personalna między ludźmi. Dla społeczeństwa ukształtowanego na wzór gigantycznej termitiery nie stanowiłoby to katastrofy, wspólnota moralna jest bowiem w tego typu społeczeństwie zbędna, dla funkcjonowania całości wystarczyć tu mogą przepisy prawne i porządkowe, regulujące ruch zautomatyzowanych, pozbawionych własnej autonomii jednostek. W termitierze życie jednostki nie posiada wartości bezwzględnej, jednostka nie jest tu bowiem celem, lecz jedynie środkiem do realizacji celów, których nie pojmuje i których sama sobie nie wyznacza. Opowiadając się za wizją świata ludzkiego, opowiadam się więc za wartością autonomii ludzkiej, a tym samym traktuję każde życie ludzkie jako wartość niepowtarzalną, jako wartość bezwzględną. Tym samym zaś nie mogę uznać żadnych zewnętrznych w stosunku do człowieka kryteriów, które upoważnić by mogły kogokolwiek do „wyceny” ludzkich istnień. Traktując każde ludzkie życie jako wartość samą w sobie, nie mogę też wskazać kryteriów, które uprawniałyby do uznania jakiegokolwiek zrodzonej przez człowieka istoty za istotę „nie ludzką”.

Myślę, że ów podstawowy wybór aksjologiczny, o którym tu mowa, decyduje także o sposobie rozumienia powołania lekarskiego. Lekarz może być traktowany, to prawda, jako konserwator żywych narzędzi służących do wznoszenia gmachu gigantycznej termitiery i w tej sytuacji zmuszony do wyceniania wartości życia swych pacjentów według ich spodziewanej użyteczności „po remoncie”. Powołanie



lekarzy oparte być może jednak także na humanistycznym aksjomacie o bezwzględnej, niepodważalnej wartości każdego ludzkiego życia, aksjomacie zmuszającym lekarza do traktowania dobra każdego indywidualnego pacjenta jako ostatecznego kryterium własnego działania. Podstawowe założenia aksjologiczne tradycyjnej deontologii lekarskiej zgodne są najogólniej z tak właśnie pojętymi zasadami humanizmu. Odstępstwo od tych założeń byłoby, w moim mniemaniu, regresem moralnym. Problem moralności w medycynie ma więc, według mnie, nie tyle charakter teoretyczny, co praktyczny. Nie chodzi o to, by wymyślać nowe kryteria dla oceny działań lekarza, co raczej o to, by stwarzać realne szanse dla rzeczywistej realizacji tych wartości, na których opiera się od wieków lekarska deontologia.

Zwróćmy przy tym uwagę, że uznanie dobra każdego indywidualnego pacjenta za ostateczne kryterium działań lekarza nie oznacza bynajmniej uznania postulatów przedłużania życia za jedyny cel lekarskiej działalności. Dobro pacjenta może czasem polegać po prostu na łagodzeniu cierpienia lub na stwarzaniu warunków godziwej śmierci. Sądzę przy tym, że niekwestionowany tu przez nikogo moralny postulat walki z cierpieniem człowieka skazanego nieodwołalnie na śmierć nie mógłby być w ogóle sformułowany, gdybyśmy wartości autonomii człowieka nie uznawali za wartość nadrzędną. Człowiek skazany na śmierć nie może bowiem wedle żadnego ściśle praktycznego kryterium być uznany za istotę, o której dobro opłaca się troszczyć. Nakłady na walkę z cierpieniem ludzi umierających są z całą pewnością z ekonomicznego punktu widzenia nieopłacalne. Uzasadnić je można jedynie wówczas, gdy uzna się wartość każdej ludzkiej istoty za wartość niepodważalną. Dopiero bowiem wówczas, gdy uznamy człowieka za wartość najwyższą, nadrzędną w stosunku do wartości ekonomicznych, potrafimy dostrzec w cierpieniu i śmierci problem natury moralnej, problem, który z opłacalnością i rachunkiem zysku nie ma nic wspólnego. Lekarz walczący z cierpieniem człowieka nieuleczalnie chorego, lekarz pochylający się z równą troską nad łóżkiem umierającego, jak tego, kto ma szansę powrotu do zdrowia, jest wyrazicielem i propagatorem humanistycznej wizji świata, wizji takiego świata, w którym każde ludzkie istnienie ceni się jako wartość niepowtarzalną, a więc i niewymienną na obiegową monetę zysku.

Prof. J. Jaroszyński: W tej sprawie chcieliby wypowiedzieć się jeszcze referenci. Przepraszam, że nadużyję swych praw, ale też bym chciał powiedzieć jedno zdanie.

To prawda, że lekarz powinien traktować człowieka zawsze jako cel, a nigdy jako środek. Tak powiedział Kant i to było istotą tego przemówienia. Ale traktując go w kategoriach moralnych zawsze jako cel, nigdy jako środek, jednocześnie traktuje go jako pewien organizm biologiczny i powoduje takie czy inne konsekwencje społeczne, z którymi zawsze powinien się liczyć, które powinien sobie uświadomić i które w niczym nie powinny osłabiać jego traktowania człowieka jako wartości najwyższej.

Zaczynamy wracać do definicji człowieka. Najpierw o kwestii śmierci, nad którą dzisiaj cały dzień dyskutujemy. Chciałbym przeciwstawić się bardzo stanowczo propozycji prof. Ziemińskiego, żeby propagować przyzwyczajanie ludzi do śmierci od 25 roku życia. Pan prof. Jankowski wyrwał mi słowo: są mechanizmy ochronne, my we własną śmierć nie wierzymy. Owszem, zaczynamy wierzyć, niektórzy wtedy już, gdy raz kichną, a inni jak są poważnie chorzy, że coś się zaczyna. A tak, to jest prawda obiektywna, która nas bardzo mało interesuje. *De facto* jeżeli weźmiemy pod uwagę nie tylko czystą wiedzę, ale naszą postawę wobec życia, to my w śmierć tak naprawdę nie wierzymy.

Inna sprawa — ale to już jest inne zagadnienie — my nie bardzo wiemy, jak to w ogóle może tam być, jakaś nicość? Widziałem młodego człowieka w wieku lat 3, który pytał: gdzie ja byłem 4 lata temu? Zrozumiałe. Dla nas ten koniec nie jest tak bardzo zrozumiały, a w śmierć nie wierzymy. Są różne kierunki wychowania. Ja wolę bardzo prymitywnego skądinąd P. Milforda, który zmarł w 1890 r., a w okresie międzywojennym były popularne u nas trzy jego zbiorki felietonów. Był jeden zbiorek *Przeciw śmierci*, drugi *Moc życia*, trzeci *Moc ducha*, czy coś takiego. A już dawniej mówiono, że śmierć nie obchodzi ani żywych, ani umarłych. Obchodzić musi niektórych z panów — to jest następna sprawa. No i tych, którzy się znajdują w jej obliczu, którzy rzeczywiście już umierają.

O śmierci w 30 roku życia myślą ludzie depresyjni i chorzy — to jest naturalne. Co do innych, to przypominanie im o śmierci byłoby działaniem zupełnie nieskutecznym, które trochę tylko złej krwi zrobi, a niektórym to trochę zaszkodzi.

Druga sprawa: zacząłem się bać, jak to będzie z definicją człowieka. Z diabłem, bez diabła, ale nikt nie powiedział, że anencefal to jest człowiek. Raz mówi się, anencefal, raz potworek. Mówiło się, ale nikt nie wyprowadzał z tego dalszych wniosków, wymieniano to jako znak zapytania. Nie tylko w cytatach dr. Toeplitza.

Ja w diabła jakoś nie wierzę, no i miałbym tu pewien kłopot, a jeszcze jak dopiszemy do tego parę definicji, które — częściowo, nie do końca, przy wszystkich zastrzeżeniach, że to dość trudne albo niemożliwe — padły, to jeżeli człowiekiem będzie ten, który ma świadomość, albo ten, który ma zdolność komunikacji, albo ten, który chce... przepraszam, co będzie z tym potworkiem? Niekoniecznie tylko z nim. Wejdźmy troszeczkę wyżej po tej drabince, gdzie ilorazy inteligencji są od zera. Jak będziemy mieli te 5, 10, 15, bardzo się będziemy spierać o świadomość. Chcieć, to w jakiejś najprymitywniejszej formie coś się zacznie. I co wtedy, proszę Państwa? Notabene czy to jest zagadnienie eutanazji? Chyba nie. To jest chyba zagadnienie eksterminacji. Nie bójmy się słów.

To jest jedna sprawa. A teraz żeby może było wyraźniej. Proszę Państwa, my się starzejemy wcześniej, niektórzy liczą od 25 roku życia, niektórzy mówią, że już wcześniej. Nasza sprawność intelektualna spada dość wyraźnie i dość szybko. Ale to nic. Istnieje także starość fizjologiczna, istnieje fizjologiczne otępienie, jeżeli ktoś się chce uprzeć, niech będzie. Ale istnieje także patologiczne otępienie. Człowiek ma lat 90 i może być fantastycznie sprawny. Prawie każdy z nas zna takiego jednego wyjątkowego starca. Ale są i inni, są tacy, proszę Państwa, którzy pod wieloma względami niezbyt się różnią od anencefala, a co do ich komunikacji, świadomości itd., to wcale nie. I co wtedy proszę Państwa?

Trzeba by jeszcze jedną rzecz powiedzieć dość wyraźnie. Społeczeństwo ma obowiązki wobec człowieka chorego i to każdego. Ja wczoraj przegapiłem, że prof. Fritzhand w swoim referacie jako ostatnie pytanie wymienił właśnie obowiązki wobec psychicznie chorych. Ma obowiązki każdy w stosunku do psychicznie chorych. Czy byśmy szukali źródeł chorób w warunkach społecznych, czy biologicznych, czy innych, to społeczeństwo suwerenne na swoim terenie za te wszystkie warunki musi brać odpowiedzialność. Musi. Nawet za to, że jeszcze nie rozwinęło medycyny do właściwego poziomu.

Wracając do niektórych definicji człowieka: z tą komunikacją nie jest tak dobrze. Bardzo wielu psychicznie chorych w dość istotny sposób ma ograniczoną zdolność komunikacji. Byłbym bardzo ostrożny w tych definicjach.

Proszę Państwa, z rzeczy może takich troszeczkę mniej ponurych; te zabiegi diagnostyczne, o których już dwa razy była mowa, mianowicie amniocenteza, jest możliwa dopiero w 16 tygodniu ciąży. Troszeczkę jest już trudniej z przerywa-

niem, ale proszę Państwa, tam są ciekawe rzeczy. To jest nie tylko tak, jak prof. Górnicki mówił, że zna takie matki, które koniecznie chcą hodować mongoloida, ale znane są także przypadki, że matka, która chociaż już ma jedno takie dziecko, poinformowana po badaniach, właśnie po takiej amniocentezie, że drugie będzie takie samo, tego sobie życzy.

Następna sprawa jest zupełnie inna, bo myśmy tutaj o kwestiach przerywania ciąży w ogóle nie mówili i ja do tego wracać nie będę. W każdym razie te przerywania, które się wtedy odbywają, są właściwie ze wskazań społecznych, to znaczy matka się nie czuje na siłach do chowania dziecka bądź do wychowania takiego dziecka. Te zabiegi diagnostyczne prawdopodobnie wkrótce spowodują dalsze, może nie konsekwencje tego typu, ale powstanie dalszych zagadnień, mianowicie — przy tym badaniu na podstawie badania chromozomów płci można stwierdzić w 16 tygodniu życia, jaka jest płeć płodu. No i wtedy też czasem mogą następować ciekawe wybory. Prawda? Bez żadnej patologii. Matka ma prawo żądać przerwania ciąży ze względów społecznych jeżeli np. nie chce chłopca.

Prof. T. Kielanowski: Spróbuję się ustosunkować króciutko do spraw poruszonych przez dyskutantów.

Nie ma odpowiedzi na pytanie, gdzie człowiek powinien umierać — w domu czy w szpitalu. Mam wątpliwości, czy „oswajanie się wnuków ze zjawiskiem śmierci”, dzięki umieraniu dziadków we wspólnym mieszkaniu, jest czymś uznania godnym. Z naszego lekarskiego punktu widzenia śmierć w szpitalu jest dla chorego korzystniejsza, gdyż w domu nie można stosować tak często, jak należy, i tak umiejętnie, jak to być powinno, środków przeciwbólowych i oszałamiających.

Drugi poruszony problem to sprawa określenia momentu śmierci. Jeszcze niedawno uznawano za ten moment zatrzymanie się akcji serca i automatyki oddechu — dziś uważa się za moment śmierci definitywny zanik funkcji mózgu, ściślej kory mózgowej, moment dający się (wcale niełatwo!) stwierdzić przy pomocy aparatury, której nawet duże szpitale mogą nie posiadać. W praktyce pozostajemy więc przy starych kryteriach.

Przyspieszać śmierci chorego nam nie wolno, ani na życzenie umierającego, ani tym bardziej i całkiem oczywiście, na życzenie rodziny. Wolno nam jednak nie stosować środków pobudzających krążenie i oddychanie, jeżeli choroba zasadnicza albo późny wiek pacjenta każą przewidzieć i tak złe rokowanie.

Jeżeli chodzi o tzw. technicyzację medycyny i jej dehumanizację, to można powiedzieć, że medycyna już z okresu nadmiernej technicyzacji wychodzi, że go ma za sobą. A świadczy o tym choćby nasza konferencja, a także nowe szkoły medyczne, szkoła korowo-trzewna Bykowa, amerykańska szkoła psychosomatyczna czy niemiecka szkoła medycyny fenomenologicznej.

O problemie dobrowolnej eutanazji mówił dr Karol Toeplitz. Jakkolwiek niewiarygodnie by to może brzmiało, muszę oświadczyć, że nas, lekarzy, ta sprawa zawodowo nie interesuje. Chcemy i musimy być zawsze tylko obrońcami życia. Jeżeli ktoś chce umrzeć, może to doskonale uczynić bez naszej pomocy. My zaś, działając zawsze na życzenie pacjenta, możemy się starać o przedłużanie mu życia. Gdybyśmy mieli prawo zabijania — bano by się nas, a tego przede wszystkim nie chcemy. Gdyby adwokat w procesie karnym miał prawo przeradzania się nagle w oskarżyciela, nie powierzaliby mu ludzie bolesnych spraw i kłopotów.

Pragnę dodać, że za ludzi uważamy także chorych pozbawionych rzeczywiście lub pozornie świadomości, w tym przewlekle chorych psychicznie. Chorzy psychicznie, prowadzeni przez hitlerowców do komór gazowych, w tym ludzie od lat

nie wykazujący objawów uporządkowanego życia psychicznego — zdawali sobie przeważnie dobrze sprawę z tego, co się z nimi dzieje, co im grozi i co ich czeka.

Jednym z argumentów przemawiających za przedłużaniem życia ludzi nieuleczalnie chorych jest nadzieja doczekania się przez nich nowego odkrycia nauki, które by uczyniło ich chorobę uleczalną. Nadzieja jest w praktyce słaba, ale istnieje. Za mojego życia lekarskiego odkryto insulinę, ratującą życie chorym, skazanym poprzednio (w wypadku śpiączki) na śmierć w ciągu paru dni i odkryto leczenie gruźlicy, choroby do roku 1946 bardziej zabójczej niż nowotwory złośliwe. Znałem wielu bardzo ciężko chorych, którzy doczekali się streptomycyny w momencie zbliżania się śmierci — a wyzdrowieli i żyli jeszcze wiele lat.

Prawdą jest, że czym medycyna doskonalsza, tym więcej rodzi trudnych problemów moralnych. Rozwiązywanie ich przekracza kwalifikacje zawodowe lekarzy — toteż coraz częściej prosimy filozofów o pomoc i od nich oczekujemy odpowiedzi na tak trudne pytania, jak pytanie o definicję człowieka. Wiemy, że się jednak odpowiedzi szybko nie doczekamy.

Prof. Z. Ziembinski: Należałoby wyjaśnić, skąd bierze się spór między lekarzami, etykami i prawnikami co do tego, kto miałby podjąć się sformułowania definicji życia oraz śmierci. Oczywiście nie chodzi tu o zabieg sformułowania nominalnej definicji sprawozdawczej, lecz o pozory sformułowania definicji realnej. Pozory — z tego względu, że podając w formie definicji realnej charakterystykę jakichś przedmiotów, musielibyśmy poprzednio dysponować wydzieloną klasą tych przedmiotów, do których miałyby się odnosić ta charakterystyka. W istocie chodzi tu o znalezienie formułki rozstrzygającej, jakie stany określane być mają mianem życia ludzkiego, które jest czymś cennym i zasługującym na ochronę, a jakie mianem stanów śmierci — do których tego rodzaju postulaty już się nie odnoszą, a co najwyżej postulat szacunku dla zwłok ludzkich. Przyjęcie takiej czy innej definicji życia ludzkiego jest zabiegiem perswazyjnym na rzecz żądania ochrony takiego stanu rzeczy, a zwalnającym z sięgania w tej ochronie dalej.

Z racji swej roli społecznej prawnicy są predysponowani do tego, by podejmować rozstrzygnięcia co do wiążących społecznie zasad postępowania, ale nie dysponują przesłankami intelektualnymi, które byłyby potrzebne dla określenia następstw przyjęcia takich czy innych rozstrzygnięć generalnych i nie zawsze też są zdolni do sformułowania w pełni usystematyzowanych preferencji. Lekarze zdają sobie sprawę, że wiedza o przechodzeniu stanu życia w stan nieodwracalnej śmierci ulega szybkim zmianom, a przy tym chcieliby od etyków czy od prawników uzyskać jakieś wyraźne sugestie co do preferowania takich albo innych dóbr kolidujących w omawianej dziedzinie. Podobnie etykom normatywnie nastawionym trudno znaleźć kryteria preferencyjne przy podejmowaniu wyborów dotychczas nie podejmowanych, bo odnoszących się do całkiem nowych sytuacji, jakie stwarza współczesna medycyna.

Należy zdawać sobie sprawę, że dyskusje tego rodzaju, co obecnie prowadzona, mogą mieć charakter dyskusji inspirującej refleksję, ale nie dyskusji, która prowadziłaby do rozstrzygnięć, bo nie wiadomo, jakie miałyby być kryteria rozstrzygające, a już zwłaszcza w zespole przedstawicieli różnych środowisk intelektualnych. Tego rodzaju dyskusje są zresztą nadzwyczaj pożyteczne, gdyż pozwalają wyjść poza perspektywę przyjmowaną przez własne środowisko społeczne.

Na marginesie wypowiedzi prof. Kellera warto zauważyć, że ogłoszone były badania wykazujące, iż wśród ludzi deklarujących się jako ludzie wierzący wiara w życie pozagrobowe w wielu przypadkach napotyka na trudności, a więc trudno

byłoby wiązać po prostu religijność z obawami danego osobnika przed śmiercią.

Co do niektórych problemów potrącających o historię moralności należałoby zwrócić uwagę, że czym innym jest kazuistyka rozstrzygnięć moralnych, a czym innym uzależnienie moralnej oceny czynu od takich czy innych intencji działającego. W przypadkach, kiedy działamy w warunkach ryzyka czy warunkach niepewności, nie dysponując niezawodnymi przesłankami intelektualnymi, jakie będą skutki takiego czy innego wyboru, możemy ocenę moralną podjętego czynu uzależniać od dobrych czy złych intencji danego podmiotu, ale to wcale nie jest odsyłanie do kazuistyki.

Łączy się to z jedną z wypowiedzi w dotychczasowej dyskusji, zwracającą uwagę na rolę zawodowego sumienia lekarza. Jak wiadomo, sumienie zawodowe jest czymś zmiennym historycznie. Decyzja lekarza ma być decyzją racjonalną. Ale racjonalność wyboru odnosi się do takich sytuacji, w których odwołujemy się do jakichś wyraźnie sformułowanych preferencji i jakichś określonych taktyk podejmowania decyzji w grze o życie i zdrowie ludzkie, oraz choćby prawdopodobieństwowej wiedzy o skutkach podejmowanych wyborów. Tych elementów potrzebnych dla podejmowania racjonalnej decyzji często w konkretnej sytuacji brak i wtedy pozostaje odwoływanie się w danej sprawie do głosu sumienia kształtującego się na podstawie subiektywnych przypuszczeń i do spontanicznie narzucających się, nieukształtowanych refleksyjnie preferencji. Jest to ryzykowne odesłanie, ale zawsze stwarzające jakąś podstawę dla trudnych decyzji, które trzeba podjąć, w szczególności gdy brak określonych ogólnych zasad podejmowania decyzji danego typu lub gdy zasady te kolidują z sobą.

Należy zwrócić uwagę na rolę społeczną pewnych zasad bezwzględnych, bezwyjątkowych w sprawach dotyczących decyzji lekarskich w omawianej dziedzinie. Przekonanie społeczeństwa o bezwyjątkowości czy przynajmniej o niemal bezwyjątkowości pewnych pryncypiów przyczynia się do podniesienia ich autorytetu i podkreślenia wartości chronionych przez te pryncypia dóbr. Ich przestrzeganie może wprawdzie w niektórych odosobnionych przypadkach powodować globalnie niepożądane wyniki, ale w znakomitej większości przypadków są one dobrotwórcze. W sytuacjach trudnego wyboru odwołanie się do pryncypiów wyznacza przypuszczalnie dobrą decyzję, a przynajmniej uwalnia decydenta od poczucia winy, a jest to sprawa społecznie istotna. Nie można ustawiczną szarpaniną obciążać sumienia młodego lekarza, który w jakiejś zapadłej miejscowości bez konsultantów i doradców musi sam szybko podejmować trudne decyzje.

Odwoływanie się w sprawach, nad którymi dyskutujemy, do „zasad współżycia społecznego”, o których mówią prawnicy, byłoby niecelowe. Te zasady współżycia społecznego, o których mowa w orzecznictwie sądowym, odnoszą się na ogół do zupełnie innych, znacznie mniej dramatycznych sytuacji. Nawiasem należy dodać, że po okresie uzyskania jakiejś jasności w doktrynie prawniczej co do pojęcia zasad współżycia społecznego obserwuje się obecnie pewien regres i spotyka się takie głosy, które aprobują nieokreśloność pojęcia zasad współżycia społecznego, robiąc z biedy cnotę.

Należy zdać sobie sprawę z odmienności funkcjonowania takich systemów norm, które w języku H. Kelsena określane były jako systemy dynamiczne oraz jako systemy statyczne. Pierwsze opierają się na więzi decyzyjnej, zbudowane są z norm ustanawianych na podstawie kompetencji normodawczych sformułowanych w normach wyższego rzędu. Drugie opierają się na więzi treściowej, na uzasadnieniu norm bardziej szczegółowych takimi ocenami, które przyjmuje się jako konsekwencje bardziej ogólnych ocen, dających uzasadnienie aksjologiczne dla pod-

stawowych norm tego rodzaju systemu. Otóż przy całym szacunku dla systemów norm, które są zbudowane w oparciu o wspólne uzasadnienia aksjologiczne, trzeba zdawać sobie sprawę z tego, że dla należytego zorganizowania życia społeczeństwa w pewnej mierze potrzebne są też systemy norm o charakterze decyzyjnym, nawet gdyby decyzje normotwórcze miały niekiedy zapadać w sposób dość przypadkowy. System współczesnego prawa jest z założenia systemem decyzyjnym, a inna sprawa, że decyzje prawotwórcze są skądinąd często uzasadniane aksjologicznie, a w toku stosowania prawa przewidziane są różne korektury uwarunkowane ocenami moralnymi. Z drugiej strony systemy norm moralnych są systemami norm powiązanych przez uzasadnienia aksjologiczne, ale i w nich, zwłaszcza w odniesieniu do zagadnień, nad którymi dyskutujemy, zjawia się niekiedy potrzeba przyjęcia uzupełnień opartych na arbitralnej decyzji, np. *ceteris paribus* w razie kolizji możliwości niesienia skutecznej pomocy nie przestawać ratować życia tego człowieka, którym zająłeś się najpierw. Takie właśnie arbitralne normy potrzebne są po to, aby ludzie dobrzy nie tracili energii przez szarpaninę wyrzutow sumienia.

W moim referacie nie zmierzałem do tego, by głosić zasadę *memento mori*, co w takim ujęciu byłoby zresztą nieskuteczne. Chodziło mi o to, aby lekarz dostatecznie wcześniej nastawiał bardzo dalekiego jeszcze od śmierci człowieka na dostrzeganie jej perspektywy, nauczył liczyć się z nią, aby zdawkowym optymizmem nie doprowadzał do tego, że myśl ta raptem zjawia się z całą brutalnością i wtedy jest ciężka do przyjęcia. Warto byłoby przeprowadzić, nie przy pomocy ankiet z krzyżykami do postawienia, ale odpowiednio pogłębione i skrupulatne badania nad postawami wobec życia i śmierci np. rekonwalescentów po zawale serca i nad rolą, jaką w przystosowaniu do nowej sytuacji odegrać może lekarz nie tylko ordynujący leki i zabiegi fizykalne.

Nie bardzo rozumiem, jak w naszych warunkach można byłoby myśleć o kontroli lekarza przez swobodny wybór lekarza ze strony pacjentów. Zadania społecznej służby zdrowia są u nas obecnie bardzo napięte i w naszych warunkach ekonomicznych z trudem tylko możemy powszechnie zapewnić przydział opieki lekarskiej w zakresie podstawowym. Jeśli chleb musi być na kartki, to się je taki chleb, jaki dają — choć tego młodsze pokolenie nie pamięta. Są zresztą, nawiasem, nie tylko ujemne aspekty tej sytuacji. Trzeba liczyć się ze zjawiskami lekomanii, hipochondrii, szalbierstwa takich lekarzy, który czynią z siebie magów.

Mówiąc o sprawach lecznictwa takich, w których rzeczywistość społeczna odbiega od elementarnych zasad etyki, nie oskarżam bynajmniej zawodu lekarskiego. W każdym zawodzie są ludzie święci i pospolici dranie. O tych pospolitych naruszeniach nie tyle etyki lekarskiej, co naruszeniach etyki przez pewną część lekarzy nie można jednak nie mówić. Obawiałbym się, aby nasze dyskusje nad najbardziej subtelными sprawami nie przyćmiewały konieczności walki ze złem najbanalniejszym, gdzie oceny moralne są oczywiste i nie wymagają dyskusji etyków z lekarzami na poziomie komitetów PAN-owskich, natomiast wymagają ingerencji dobrego i mądrego administratora na poziomie wojewódzkiego czy powiatowego wydziału zdrowia oraz aktywnej postawy stykających się z tego rodzaju przypadkami członków społeczeństwa. Bo przypadków śmierci i cierpień ludzkich związanych z takimi, nazwijmy tak, wulgarnymi naruszeniami etyki jest zapewne nie mniej niż tych właśnie najbardziej złożonych i dramatycznych, w stosunku do których dotychczas ukształtowane intuicje moralne okazują się chwiejne.