

Seweryn Szatkowski

ZASADA NIESZKODZENIA W ETYCE MEDYCyny

Istnienie obowiązku nieszkodzenia przyjmuje się w większości teorii etycznych. Wielu filozofów, szeroko rozumiejąc pojęcie szkody, uznaje ten obowiązek za rdzeń wszelkiej moralności bądź przynajmniej przypisuje mu w niej doniosłe znaczenie. Niemała popularność, jaką cieszy się wśród lekarzy słynna maksyma *primum non nocere*, pozwala przypuszczać, że również w ich etyce zawodowej przywiązuje się do nieszkodzenia dużą wagę. Jakie jest więc faktyczne znaczenie nadawane tej powinności w etyce medycyny?

Od czasów Hipokratesa, obowiązek nieszkodzenia formułowany jest zwykle w bezpośrednim sąsiedztwie obowiązku działania dla dobra chorego. „Będę stosował zabiegi lecznicze – czytamy w *Przysiędze* – wedle moich możliwości i zdolności ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy. (...). Do jakiegokolwiek wejść domu, wejść doń dla pożytku chorego, wolny od chęci krzywdzenia i szkodenia...”. Chcieć pomóc choremu i nie chcieć go skrzywdzić to w tym ujęciu nieomal dwie strony tego samego medalu, dwie różne nazwy jednej i tej samej dyspozycji moralnej. W innym jednak fragmencie *Corpus Hippocraticum*, w *Epidemiach*, odnaleźć można wezwanie mające postać alternatywy: „Co się tyczy chorób, mieć w zwyczaju dwie rzeczy – pomagać lub nie szkodzić”.

Za połączeniem ze sobą w jedną zasadę moralną obowiązków nieszkodzenia i życzliwości przemawia z pewnością wiele racji. Jest faktem, że niewywiązanie się z obowiązku nieszkodzenia jest też, w jakimś sensie, niewywiązaniem się z obowiązku życzliwości, jest również faktem, że odróżnienie obydwu rodzajów występków może czasami sprawiać poważne trudności. Brak działania wydaje się w pewnych okolicznościach w pełni zasługiwać na miano szkodenia, np. wówczas, gdy rażąco wielka staje się dysproporcja pomiędzy ogromem powstałych szkód a znikomością poświęceń niezbędnych dla skutecznego im przeciwdziałania. Jeżeli wyglądając przez okno mieszkania na trzecim piętrze,

ujrzę w sąsiednim oknie, o wyciągnięcie ręki, bawiące się na parapecie niemowlę i nie złapię go natychmiast za rękę, czy będę w razie nieszczęścia odpowiedzialny za brak życzliwości wobec sąsiadów, czy też będzie można o mnie słusznie powiedzieć, że im zaszkodziłem? W sytuacji, kiedy ciąży na kimś obowiązek życzliwości (kiedy np. lekarz ma obowiązek udzielić pomocy choremu) i osoba ta nie wywiązuje się z niego, możemy również nie znaleźć żadnej moralnej różnicy pomiędzy jej nieżyczliwym zaniechaniem a jakimś złośliwym, czynnym szkodeniem¹. Nie można jednak, z drugiej strony, zacierać różnic, jakie między szkodeniem a brakiem życzliwości dostrzega moralność potoczna. Wydaje nam się przecież, że wepchnięcie kogoś nie umiejącego pływać do głębokiej wody stanowi o wiele poważniejszy występki moralny niż niepospieszenie komuś tonącemu z pomocą. Obowiązek nieszkodzenia może więc być postrzegany jako nie tylko różny, ale i w jakiś sposób surowszy od obowiązku życzliwości.

Różnice między tymi obowiązkami, dostrzeżone również przez klasyków filozofii, opisywane bywają rozmaicie². Wskazuje się, na przykład, że obowiązek nieszkodzenia ciąży na nas wobec wszystkich ludzi, obowiązek życzliwości zaś tylko wobec niektórych osób. Ten pierwszy – powiada się dalej – nakazuje powstrzymywanie się od działania, ten drugi zaś – działanie. O obowiązku nieszkodzenia sądzi się, że jest bardziej niezależny od ról i relacji, zezwala na mniej swobody w jego wypełnianiu i w ogólności wymaga podejmowania większego ryzyka. Nie powinienem więc jakkolwiek szkodzić obcemu człowiekowi, z którym dzielę szpitalny pokój, chociaż nie jestem ani jego lekarzem, ani krewnym; nie jestem też jednak zobowiązany do żadnej z tych rzeczy, których ma on prawo spodziewać się po nich. Widząc, że nie zdążę zatrzymać już samochodu przed wkraczającym nagle na jezdnię pieszym, powinienem być

¹ Obowiązki życzliwości i nieszkodzenia łączy ze sobą w jedną zasadę moralną William K. Frankena, definiując życzliwość jako bezpośrednie lub pośrednie zainteresowanie dobrem innych, tj. nieszkodzenie im, działanie dla ich dobra, zapobieganie złu, jakie może ich spotkać oraz usuwanie, naprawianie albo wynagradzanie zła, które ich spotkało. O kolejności tych elementów decyduje siła, z jaką obowiązują powinności w nich zawarte: pierwszy wyraża obowiązek bardziej surowy niż drugi, drugi niż trzeci, trzeci niż czwarty. Ten ostatni nie zawiera właściwie w ogóle obowiązku moralnego w ścisłym znaczeniu tego słowa. W przypadku konfliktu między nimi należy się odwołać do zasady użyteczności. (W.K. Frankena *Benevolence in an Ethics of Virtue* [w:] E.E. Shelp (ed.) *Benevolence and Health Care*, Dordrecht 1982, s. 71).

Wnikliwą analizę różnic, jakie z moralnego punktu widzenia zachodzą pomiędzy zaniechaniem życzliwego działania a czynnym szkodeniem, zawierają teksty zebrane przez Bonnie Steinbock w antologii *Killing and Letting Die* (Englewood Cliffs, New York 1980).

² I. Kant dzielił obowiązki na zupełne i niezupełne, do tych pierwszych zaliczając obowiązek nieszkodzenia, do tych drugich natomiast obowiązek życzliwości, ponieważ jego treść nie może być ściśle określona. Zdaniem J.St. Milla, mamy swobodę w wypełnianiu obowiązku życzliwości wobec różnych osób, ponieważ żadnej z nich nie przysługuje odnośnie prawo (I. Kant *Uzasadnienie metafizyki moralności*, Warszawa 1959, BKF, s. 85–86).

może zaryzykować w ostatniej chwili zderzenie z rosnącym na poboczu drzewem; z całą pewnością jednak, nawet jeżeli jestem lekarzem, nie mam obowiązku podejmować ryzyka górskiej wspinaczki dla uratowania życia rannego alpinisty, zwłaszcza jeżeli cierpię na lęk wysokości.

Jednym z powodów osobistego traktowania obowiązków nieszkodzenia i życzliwości jest też możliwość konfliktu pomiędzy nimi. O istnieniu takiego konfliktu mówi się zwykle we współczesnej etyce medycyny w odniesieniu do takich problemów, jak podtrzymywanie życia pacjentów nieuleczalnie chorych i dotkliwie cierpiących, pacjentów w stanie nieodwracalnej komatozy bądź noworodków, które przyszły na świat z poważnymi wadami genetycznymi. Konflikt taki dostrzega się również w związku z informowaniem chorych o niepomyślnym rokowaniu oraz w postępowaniu wobec chorych odmawiających leczenia – wówczas zwłaszcza, gdy oznaczać to musi ich rychłą śmierć. Osobną grupę problemów stanowią sytuacje, w których korzyści i szkody nie przypadają w udziale tym samym osobom – przerywanie ciąży, eksperymenty badawcze, przeszczepy od żyjących dawców itp. Pytanie o możliwość rozstrzygnięcia takich konfliktów, to zarazem pytanie o rolę, jaką w etyce medycyny pełni zasada nieszkodzenia.

Jesienią 1992 roku sporo mówiło się w Anglii o pewnym lekarzu reumatologu z Winchester. Doktor Nigel Cox przyspieszył śmierć nieuleczalnie chorej na artretyzm i ogromnie cierpiącej pacjentki, która pozostawała pod opieką już od kilkunastu lat. Wiedząc, że wkrótce umrze – mogło to nastąpić nawet w ciągu kilku godzin – nie chciała już czekać. Obaj jej synowie w rozmowie z lekarzem uznali tę decyzję za w pełni świadomą i uzasadnioną. Sąd skazał dr Coxa na karę jednego roku pozbawienia wolności z zawieszeniem. Naczelna Rada Lekarska udzieliła mu nagany, ale nie pozbawiła prawa wykonywania zawodu. Czy moglibyśmy powiedzieć, że dr Cox wyrządził swojej pacjentce szkodę?

I

Wraz z uznaniem dla roli pełnionej w etyce medycyny przez zasadę nieszkodzenia, wyrażany jest również pogląd, iż nie przysługuje jej żadne bezwzględne pierwszeństwo wobec innych zasad. Maksyma *primum non nocere* – powiada się – rozumiana dosłownie, nie ma i nie może mieć żadnego zastosowania w praktyce lekarskiej. Rzadko zdarzają się w medycynie proste wybory między dobrem a złem, ryzykiem a korzyścią, korzyścią a szkodą. Rola lekarza polega z reguły na zestawieniu ich razem w możliwie najkorzystniejszych dla pacjenta proporcjach, niewiele jest bowiem takich metod leczenia, które byłyby zupełnie pozbawione ryzyka i takich leków, które nie wywoływałyby żadnych niepożądanych efektów ubocznych. Maksyma *primum non nocere* nakazywałaby, oczywiście, zrezygnowanie z ich stosowania; to jednak, poza

zupelnym zerwaniem z dotychczasową praktyką oraz kierunkiem rozwoju medycyny, oznaczac musialoby przede wszystkim stwarzanie o wiele wiecego zagrozenia dla pacjentow.

Robert M. Veatch za rdzen tradycyjnej etyki lekarskiej uważa przekonanie, że „obowiazkiem lekarza jest czynic to, co w jego przekonaniu bedzie z korzystnoscia dla pacjenta lub przynajmniej nie wyradzac mu szkody”³. Przekonanie to nazywa on „zasada Hipokratesa”, a formule *primum non nocere* uznaje za – obok nakazu podtrzymywania zycia – jeden z jej wariantow. Jezeli jednak obowiazek nieszkodzenia uważa się doslownie za w jakis sposob wazniejszy od obowiazku czynienia dobra, to – zdaniem R.M. Veatcha – zasada nieszkodzenia staje się zupelnie nie do pogodzenia z „zasada Hipokratesa”, ktora korzystnosc i szkody kazę traktowac jako „plusy i minusy na tej samej skali”. Autor rozważa tę kwestie na przykladzie mlodego, dwudziestokilkuletniego pacjenta chorego na bialaczke. Jego choroba rozwinała się tak dalece, że zaczęto rozważac mozliwosc podjecia radykalnej i niosacej ze soba znaczne ryzyko, eksperymentalnej chemoterapii. Zostal on poinformowany przez lekarza, że prawdopodobienstwo uzyskania w ten sposob trwalej poprawy jego zdrowia jest niewielkie, lecz mimo wszystko istnieje. Musi on jednak być świadom, że proponowany mu sposob leczenia powodowac będzie mdlosci, wypadanie wlosow oraz – od czasu do czasu – glęboka depresje i oslabienie. Terapia ta pociaga za soba ponadto jedno- lub dwuprocentowe ryzyko smierci. Lekarz okreslil tę sytuacje jako alternatywe pomiedzy metoda radykalna, przynoszaca duze ryzyko, ale i duzy (w przypadku jej skutecznosci) zysk dla pacjenta a metoda standardowa, stwarzajaca male ryzyko, dajaca jednak rowniez niewielkie efekty. Zdaniem lekarza, wzajemna proporcja pomiedzy ryzykiem a korzystnoscia bylaby przy zastosowaniu obu tych metod podobna.

Jak przedstawia się ta sytuacja z moralnego punktu widzenia? Która z metod nalezalboby wybrac? Zdaniem R.M. Veatcha, „Jezeli celem jest maksymalizowanie przewagi korzystnosc nad szkoda, wówczas moglbymy zostac wybrany wariant bardziej ofensywny, poniewaz różnica pomiedzy korzystnoscia a szkoda bylaby wieceza (podczas gdy proporcje pozostalyby te same). Jezeli celem jest osiagniecie najlepszej proporcji pomiedzy korzystnoscia a szkoda, wybor powinien być traktowany jak rzucenie moneta. Jezeli jednak celem jest *primum non nocere* i wziete jest ono doslownie, wówczas wybiera się wariant konserwatywny (lub nieleczenie w ogole). (...). Nie jest jasne dlaczego ludzie racjonalnie myszlacy, wybierajac spomiedzy tych alternatywnych sposobow laczenia ze soba korzystnosc i szkod, mieliby się sklaniac do ktoregokolwiek z nich. Trzeci wariant, ten ktory po prostu minimalizuje szkoda, jest szczegolnie niepociagajacy”⁴. Ostatecznie, nie ma przeciez nikogo, kto postepowalbymy w ten sposob w zyciu codziennym,

³ R.M. Veatch *A Theory of Medical Ethics*, New York 1981, s. 159.

⁴ *Ibidem*, s. 163.

w sytuacjach dotyczących zarówno jego własnych, jak i cudzych spraw. Idealne podporządkowanie się zasadzie „po pierwsze nie szkodzić” oznaczać musiałyby w praktyce poniesienie wszelkiego działania, większość bowiem naszych przedsięwzięć obciążona jest pewnym ryzykiem. Zwłaszcza lekarze nie mogliby uznać tej zasady za motto swoich poczynań, jest bowiem rzeczą jasną, że pragnąc wywiązać się ze swoich obowiązków wobec chorych, zmuszeni są czasami świadomie im szkodzić. W przypadkach, takich jak opisany – sądzi R.M. Veatch – podjęcie decyzji co do sposobu leczenia powinno być wynikiem wspólnego namysłu lekarza i pacjenta, to zaś, czy wybiorą oni metodę bardziej czy mniej radykalną, nie wydaje mi się już mieć, z moralnego punktu widzenia, większego znaczenia.

Podobnie sądzi Raanan Gillon: gdybyśmy chcieli upierać się przy pierwszeństwie obowiązku nieszkodzenia, musielibyśmy konsekwentnie wypowiadać się przeciwko szczepieniom ochronnym, przeciwko używaniu w ruchu drogowym wszelkich pojazdów o napędzie mechanicznym, przeciwko podatkom na cele społeczne itd.⁵ Szczególnie trudno byłoby nam bronić tego stanowiska na terenie etyki medycyny, bardzo często bowiem zdarza się w postępowaniu leczniczym, że wyrządzenie szkody jest konieczne dla osiągnięcia korzyści, a stworzenie ryzyka wynika wprost z osiągnięcia prawdopodobieństwa korzyści. Przysięga Hipokratesa zobowiązuje lekarzy do działania dla dobra chorych i do ochrony ich przed szkodą. Oba te czynniki – korzyść i szkoda – oceniane są łącznie; lekarz jest i czuje się zobowiązany do stałego ich bilansowania. Byłoby to jednak zabronione, gdyby maksymę *primum non nocere* praktykować serio w jej dosłownym brzmieniu. Prowadzić by to musiało do przyjęcia w praktyce swojego rodzaju „terapeutycznego nihilizmu lub minimalizmu”. Zasadę nieszkodzenia R. Gillon określa jako kluczową zasadę etyki medycyny, co jednak nie znaczy, że jest to, jego zdaniem, zasada absolutna: może się zdarzyć i zdarza się, że biorą nad nią górę inne zasady. *Primum non nocere* jest więc formułą, którą lepiej odesłać do podręczników historii medycyny.

Odmiennej sposób pojmowania zarówno znaczenia zasady nieszkodzenia, jak i jej miejsca wśród innych zasad, reprezentuje Barbara MacKinnon⁶. Trudno nie zgodzić się z jej opinią, gdy stwierdza, iż wprawdzie bardzo często słyszy się, że „nie szkodzić” jest doniosłą zasadą etyczną medycyny, kiedy jednak dochodzi do praktycznego jej zastosowania, interpretuje się ją z reguły jako zasadę nakazującą jedynie minimalizowanie szkody. Tymczasem moralność nie jest jedynie sprawą wytwarzania społecznie wartościowych dóbr lub sprawiedliwej ich dystrybucji. To, co ktoś czyni, jest przynajmniej równie znaczące moralnie,

⁵ R. Gillon *Primum Non Nocere and the Principle of Non-maleficence*, „British Medical Journal” lipiec 1995, s. 130–131.

⁶ B. MacKinnon *On Not Harming. Two Traditions*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 13, 1988, s. 313–328.

jak to, jakie następstwa swoim działaniem powoduje. Zdaniem B. MacKinnon, pierwszy z wyliczonych przez W. Frankenę elementów życzliwości (nie-szkodzenie innym, działanie dla ich dobra, zapobieganie złu, jakie może ich spotkać oraz usuwanie, naprawianie albo wynagradzanie zła, które ich spotkało) różni się w sposób istotny od pozostałych. Chodzi w nim „...nie tyle o to, że pewne rzeczy są szkodliwe lub złe i powinniśmy redukować ich pojawianie się oraz zastępować je pozytywnym dobrem, ale o to, że nie powinniśmy robić tego, co jest szkodliwe. To te trzy ostatnie elementy związane są z rozumowaniem w kategoriach »ryzyko–korzyść«, ponieważ chodzi w nich o porównanie prawdopodobnych korzyści i ryzyka jakiegoś działania z tymi, które wiążą się z innymi, alternatywnymi działaniami. W tym pierwszym natomiast chodzi o to, aby uważać, by nie robić tego, co jest samo w sobie szkodliwe”⁷.

W teoriach deontologicznych przyjmuje się, że pewnych rzeczy robić nie wolno, bez względu na to, czy miałyby to dobre czy złe konsekwencje. To, co słuszne i niesłuszne w rozumieniu tych teorii, nie da się sprowadzić do kategorii dobra i zła, którymi operują teorie konsekwencjalistyczne. To, w jaki sposób osiągamy swoje cele, ma swą samoistną wartość, nie dającą się utożsamiać z ważnością i wielkością tych celów; rzecz w tym, na jaką ocenę zasługujemy my sami jako podmioty moralne tych działań. Dobro i zło mogą być efektem zdarzeń nie mających nic wspólnego z działalnością człowieka, ale tylko człowiek może działać słusznie lub niesłusznie. W wielu współcześnie formułowanych teoriach etycznych, w odwołaniu do tradycji reprezentowanej m.in. przez Kanta i W.D. Rossa, podkreśla się znaczenie subiektywnej (w odróżnieniu od obiektywnej czy też neutralnej) perspektywy widzenia i rozstrzygnięcia problemów moralnych. Thomas Nagel, na przykład, rozróżnia te racje moralne, które są ważne z perspektywy działającego podmiotu (*agent-relative reasons*), które tylko konkretną osobę skłaniają do działania lub niedziałania w pewien sposób, od tych, które mają znaczenie z perspektywy neutralnej (*agent-neutral reasons*) i które dotyczą bezosobowych czy też wspólnych dóbr⁸. Jeżeli obie te perspektywy posiadają pewną wartość – zastanawia się B. MacKinnon – to jak powinniśmy postąpić w przypadku konfliktu między nimi, gdy naszym obowiązkiem wydaje się być zarówno minimalizowanie szkody, jak i nieczynienie samemu tego, co jest szkodliwe? Zdaniem T. Nagla, ta „... dwoistość perspektyw jest zbyt głęboka, abyśmy mogli mieć racjonalną nadzieję na jej przezwyciężenie. Zupełnie neutralna moralność nie jest możliwym do przyjęcia celem. Z drugiej strony, można sobie wyobrazić, że deontologiczne ograniczenia, teraz szeroko akceptowane, mogą zostać zmodyfikowane pod naciskiem konfliktów z bezosobowym punktem

⁷ Ibidem, s. 316.

⁸ T. Nagel *The View from Nowhere*, New York 1986.

widzenia”⁹. B. MacKinnon sądzi, że dla właściwego zrozumienia roli, jaką pełni zasada nieszkodzenia w etyce medycyny, konieczne jest uwzględnienie obu tych punktów widzenia.

Tom L. Beauchamp i James F. Childress, z których jeden jest zwolennikiem utilitaryzmu reguł, drugi zaś deontologii reguł, sądzą, że nie należy przeceniać różnic pomiędzy tymi teoriami. Utylityści sądzą, że zasada użyteczności stanowi dla innych zasad i reguł ostateczne uzasadnienie, zwolennicy stanowiska deontologicznego zaś utrzymują, że pewne zasady i reguły powinny obowiązywać niezależnie od ich użyteczności, że przestrzeganie tych czy innych reguł uważać można za użyteczne bądź nie, nie można jednak określić, których reguł powinniśmy przestrzegać, biorąc pod uwagę wyłącznie ich użyteczność. Tego rodzaju teoretyczne różnice mogą mieć oczywiście swoje znaczenie praktyczne, mogą z nich wynikać zupełnie odmienne punkty widzenia, mogą też jednak okazać się zupełnie nieistotne, jeżeli przyjdzie nam na ich podstawie osądzić, co w danej sytuacji powinniśmy zrobić albo jak powinniśmy ocenić swoje własne lub czyjeś postępowanie. Różne odmiany obu tych teorii zalecać mogą posłuszeństwo wobec tych samych reguł moralnych. Stają się one bliższe zwłaszcza wtedy, gdy ich zwolennicy doceniają znaczenie argumentów wysuwanych przez drugą stronę.

Uznając więc wartość obu tych punktów widzenia, T.L. Beauchamp i J.F. Childress przyjmują, że cztery podstawowe zasady etyczne medycyny – nieszkodzenia, życzliwości, autonomii i sprawiedliwości – ustanawiają obowiązki *prima facie*, tzn. (zgodnie ze znaczeniem nadanym temu terminowi przez W.D. Rossa) zachowujące swoją ważność dopóty, dopóki nie wchodzi w konflikt z innymi, równie ważnymi lub ważniejszymi obowiązkami. Czyjś przeto, faktyczny w danej sytuacji, obowiązek określony być powinien – zgodnie z tą teorią – przez zbadanie znaczenia wszystkich współzawodniczących ze sobą obowiązków *prima facie*. Jeżeli, na przykład, wynikający z zasady nieszkodzenia obowiązek podtrzymywania życia pacjenta staje w konflikcie z zasadą życzliwości, która nakazywałaby położenie kresu jego cierpieniom (w sytuacji, oczywiście, kiedy jego śmierć jest bliska i nieuchronna), to – „Nie jest jasne, czy spowodowanie śmierci człowieka w celu ulżenia jego cierpieniom byłoby zawsze złe (...). Prawdę powiedziawszy, pogląd W.D. Rossa, że nieszkodzenie ma zawsze pierwszeństwo przed czynieniem dobra jest wątpliwym uogólnieniem. (...) zabójstwo może być jedynym sposobem spełnienia jakichś innych obowiązków *prima facie* i, jeżeli tak, może ono nawet stać się faktycznym obowiązkiem”¹⁰. Widząc człowieka uwięzionego w płonącym po wypadku samochodzie i nie mającego już szans na ratunek, powinniśmy więc, być może, jeżeli

⁹ Ibidem, s. 185.

¹⁰ T.L. Beauchamp, J. F. Childress *Principles of Biomedical Ethics*, New York 1983, s. 47.

posiadamy przy sobie broń, aby oszczędzić mu cierpienie, zastrzelić go. Jeżeli tak, być może również lekarz, nie mając szans na uratowanie życia pacjenta, powinien mieć prawo uchronić go przed cierpieniem.

W świetle scharakteryzowanych tu stanowisk jedno przynajmniej wydaje się pewne: popularności maksymy *primum non nocere* nie da się wytłumaczyć zgodnością opinii co do pierwszeństwa zasady nieszkodzenia wobec zasady życzliwości bądź innych zasad etyki medycyny. Popularności tej nie da się też wyjaśnić poprzez odwołanie się do tradycji. Nie udało się, jak dotąd, ustalić pochodzenia maksymy, wydaje się jednak, że nie posiada ona w rzeczywistości tego starożytnego rodowodu, jaki jest jej często przypisywany, i że w powszechnym użyciu znalazła się dopiero w obecnym stuleciu.

Co do znaczenia, jakie postulat nieszkodzenia miał dla samego Hipokratesa, wysuwane są rozmaite przypuszczenia. Zapewne była to przestroga przed postępowaniem nieprzemysłanym i nieudolnym, a tym samym przypomnienie o konieczności zachowania zawodowej rzetelności i rozwagi. Mógł to być zakaz równoznaczny z zaleceniem dbałości o dobre imię zawodu i niepodejmowanie leczenia wówczas, gdy nie ma ono szans na powodzenie. Niewykluczone też, że „nie szkodzić” kryło swój głębszy sens w sformułowanej przez Hipokratesa teorii „humorów”, głoszącej istnienie w organizmie ludzkim czterech podstawowych cieczy (krwi, śluzu, żółci i czarnej żółci), od których równowagi zależy zdrowie człowieka. Szkodzenie polegałoby w tym kontekście na naruszeniu równowagi humorów bądź niewspomaganiu naturalnego procesu jej przywracania, a także na dokonywaniu tego w sposób nie dość umiejętny¹¹.

Interesująca wydaje się także możliwość, że zobowiązanie się do nieszkodzenia pełni w *Przysiędze* rolę zapewnienia, że składający ją lekarz nigdy nie wykorzysta swej rozległej i potencjalnie niebezpiecznej wiedzy i umiejętności w złym celu. Byłby to rodzaj gwarancji dla osób spoza profesji, dla wszystkich obecnych i przyszłych pacjentów, że do samej istoty zawodu lekarza należy działanie wyłącznie dla ich dobra. Jeden z greckich mitów opowiada, że Asklepios dostał od Ateny dwie ampułki krwi Gorgony Meduzy: „krew pobrana z żył po lewej stronie ciała Meduzy wskrzeszała zmarłych, krew pobrana z żył po stronie prawej miała moc natychmiastowego niszczenia”. Według innej wersji tego mitu „Atena i Asklepios podzielili się krwią: on posługiwał się nią dla ratowania życia, ona natomiast niszczyła życie i wszczyła wojny”¹². Zadaniem lekarza może być jedynie ratowanie życia i zostaje on

¹¹ Wnikliwą analizę tekstów przypisywanych Hipokratesowi przeprowadza, z tego właśnie punktu widzenia, C. Sandulescu (*Primum non nocere*, „Acta Antiqua Hungarica” 1965, XIII, s. 359–368). O możliwości interpretacji zaleceń Hipokratesa w szerszym kontekście jego teorii „humorów” wspomina Albert R. Jonsen (*Do No Harm: Axiom of Medical Ethics* [w:] S.F. Spicker, H.T. Engelhardt, Jr. (eds.) *Philosophical Medical Ethics: Its Nature and Significance*, Dordrecht 1977, s. 27–41).

¹² R. Graves *Mity greckie*, tłum. H. Krzeczowski, Warszawa 1982, 50 e, s. 159.

do tego zobowiązany tekstem *Przysięgi*. Tak rozumiejąc Hipokratesa zbliżamy się do sposobu myślenia wziętego w obronę przez B. MacKinnon. Podobnie pojmował istotę medycyny Tadeusz Kielanowski kiedy, oceniając zbrodnicze eksperymenty dokonywane na ludziach przez lekarzy hitlerowskich, pisał: „W piśmiennictwie powojennym nazywano te i inne eksperymenty lekarzy hitlerowskich badaniami »pseudonaukowymi« (...). Technika, krytyczna ocena wyników, wysuwanie wniosków z tych badań, były zgodne z zasadami pracy naukowo-badawczej prowadzonej przez innych lekarzy, a różniły się od nich (pomijając oczywiście fakt prowadzenia ich na ludziach pod przymusem) tylko motywem. A więc motyw, oprócz cierpień zadawanych ludziom (...), stanowi o niemoralności badań dokonywanych przez hitlerowskich lekarzy. (...) Prace naukowe wolno tylko wtedy uważać za medyczne, kiedy motywem ich wykonania jest służyć człowiekowi”¹³.

Ten sposób myślenia uwzględni również Albert R. Jonsen, wyliczając cztery – zasadnicze jego zdaniem – interpretacje, w jakich zasada nieszkodzenia może się pojawiać w etyce medycyny¹⁴. Zgodnie z pierwszą z nich właśnie, istnieją pewne powody po temu, by traktować medycynę jako taką dziedzinę ludzkiej aktywności, która z samej swojej istoty służyć ma dobru człowieka. Pojmowanie medycyny jako przedsięwzięcia moralnego (*moral enterprise*) może oznaczać dwie rzeczy: przekonanie, że umiejętności medyczne są w jakiś sposób wewnętrznie, same w sobie, przeznaczone do użycia wyłącznie dla ludzkiego dobra (i wtedy „nie szkodzić” byłoby ostrzeżeniem przed ich nadużywaniem) albo uznanie, że nawet jeżeli umiejętności te są moralnie obojętne, to jednak, ponieważ pozwalają prowadzić walkę ze złem, jakim jest cierpienie, kalectwo i śmierć, ich użycie powinno służyć wyłącznie ludzkiemu dobru (i wtedy „nie szkodzić” byłoby nakazem posiadania określonych motywów). Autor przyznaje, że byłoby trudno dowieść słuszności pierwszej z tych tez, sądzi jednak, że wyraźnie przemawia na jej rzecz, podtrzymywane przez tradycję medycyny poprzez wszystkie kultury i epoki, przeświadczenie, że lekarzowi nie wolno odmówić leczenia osoby będącej w potrzebie i że jego powinnością jest jednakowe traktowanie wszystkich potrzebujących pomocy, niezależnie od statusu majątkowego, rasy, wyznania, poglądów politycznych i jakichkolwiek innych względów. Widziana z tej perspektywy zasada nieszkodzenia jest więc „rzeczywiście pierwszą zasadą lub aksjomatem całej moralności” i „służy jako poręczenie moralnej natury praktyki medycznej oraz zalecenie posiadania zgodnych z tą naturą motywów”¹⁵.

Drugą interpretację postulatu nieszkodzenia wiąże autor z pojęciem „właściwej opieki” (*due care*). Kodeksy etyki lekarskiej domagają się od lekarzy

¹³ T. Kielanowski (red.) *Etyka i deontologia lekarska*, Warszawa 1985, s. 118–119.

¹⁴ A.R. Jonsen *Do No Harm: Axiom of Medical Ethics*, op. cit.

¹⁵ *Ibidem*, s. 31.

stałego doskonalenia swojej wiedzy i umiejętności. Ta wiedza i umiejętności oceniane są z punktu widzenia określonych standardów, a stosowanie się do nich w postępowaniu z chorymi oznacza właśnie sprawowanie nad nimi właściwej opieki. W tym użyciu zasada nieszkodzenia nawołuje zarówno do rozwoju medycyny w ogólności – poprzez badania naukowe, jak też do podnoszenia kwalifikacji przez poszczególnych lekarzy – poprzez ich własne studia. „Nie szkodzić” jest tutaj równoznaczne z nakazem zawodowej rzetelności. „Moralne źródła tego użycia bliskie są maksimum roztropności opisanym przez Kanta. Poprzednie użycie ma odcień deontologiczny: ustala ono na czym ma polegać moralność praktyki medycznej i nie dopuszcza wyjątków. To użycie dopuszcza możliwość stopniowania opieki, od długotrwałego procesu diagnozowania i leczenia nowotworu po szybkie zszycie poważnej rany. Ma ono charakter hipotetyczny przez to, że zaleca opiekę z uwagi na spodziewane w jej wyniku określone rezultaty”¹⁶.

Punktem wyjścia dla trzeciej interpretacji (autor używa tu określenia *risk-benefit ratio* – „stosunek ryzyko–korzyść”) jest przeświadczenie, że większość metod leczniczych przynosi zamierzony wynik tylko w pewnym procencie swoich zastosowań. Ów stopień prawdopodobieństwa, z jakim dana metoda leczenia przynieść może pożądany efekt, jest na ogół z grubsza określony – jego ustaleniu służą próby kliniczne, jego wielkość wynika ze statystyk. Nakaz spełniania właściwej opieki nad pacjentem wymaga oczywiście, aby to ryzyko niepowodzenia zostało przez lekarza wzięte w rachubę. Nie mniej ważna jest, z drugiej strony, znajomość indywidualnych cech organizmu pacjenta, możliwość reakcji alergicznych, idiosynkratycznych, itp. Rzeczą pierwszorzędnej wagi jest przy tym fakt, że takiego bilansu ryzyka i korzyści dokonuje nie tylko lekarz. Czyni to również sam pacjent, choć często według odmiennych, tylko sobie znanych, kryteriów. Każdy z nas ma swój własny „budżet ryzyka”¹⁷, określający z grubsza, jakiej miary ryzyko skłonny jest zaakceptować w swoim życiu. Chociaż z reguły bywa inaczej, lekarz może więc zetknąć się zarówno z poważnie chorym pacjentem, który odmawia poddania się eksperymentalnemu leczeniu, jak i z pacjentem, który domaga się zastosowania najnowocześniejszej, choć nie do końca jeszcze sprawdzonej, terapii, mimo iż jego choroba dałaby się wyleczyć równie szybko przy użyciu konwencjonalnych metod.

Z tak rozumianej zasady nieszkodzenia wynika, że obowiązkiem lekarza jest dokonanie wyboru takiego sposobu postępowania, który zgodnie z jego wiedzą (a więc zgodnie też z aktualnym stanem wiedzy medycznej) rokuje największe szanse wyleczenia i pociąga za sobą najmniejsze ryzyko dla pacjenta. Wybór taki musi być przy tym dokonany w porozumieniu z pacjentem, przy uwzględ-

¹⁶ Ibidem, s. 32.

¹⁷ Określenie zapożyczzone od C. Frieda (*Autonomy of Values*, Cambridge, Mass. 1971).

nieniu jego własnej opinii na temat ryzyka, które będzie zmuszony podjąć. Zakaz szkodzenia pacjentowi może więc zostać tu sformułowany w postaci apelu: „czyń tak mało szkody jak tylko jest to możliwe”.

Szczególnego znaczenia nabiera w tym kontekście pojęcie szkody. Rozumiane na gruncie medycyny przede wszystkim jako krzywda fizyczna, wymaga tu ono znacznego rozszerzenia. A.R. Jonsen sądzi, że do istoty zagadnienia należy zdolność pacjenta do reagowania na różnego rodzaju wyzwania (fizyczne, psychiczne, społeczne itp.), jakie rodzi otaczająca go rzeczywistość. Przez szkodzenie należy rozumieć to wszystko, co zdolność tę ogranicza. Pacjenci są na ogół w stanie sami ocenić stopień zagrożenia swojej integralności, bywa jednak i tak, że ktoś musi ich w tym zastąpić. Jeżeli rola ta przypada lekarzowi, to jego obowiązkiem jest wówczas wziąć pod uwagę to szersze rozumienie szkody.

Czwartą swoją propozycję A.R. Jonsen określa jako „bilans korzyści i szkody” (*benefit-detriment equation*). Istnieją, jak wiadomo, takie rodzaje terapii, które pociągają za sobą już nie ryzyko, lecz pewność wyrządzenia szkody. Najprostszym tego przykładem może być każdego rodzaju amputacja dokonywana w celu zapobieżenia rozprzestrzenianiu się choroby na resztę organizmu. W tego typu sytuacjach zasada mogłaby zostać wyrażona jako „nie szkodzić, chyba że szkoda wiąże się w sposób konieczny z kompensującą ją korzyścią”. Większość uwag sformułowanych w poprzednim punkcie zachowuje tu swoją ważność. Także i w tym przypadku będzie przecież obowiązkiem lekarza takie postępowanie, które sprowadzi do niezbędnego minimum wyrządzaną pacjentowi szkodę. Także i tutaj wzięta musi być pod uwagę wola samego pacjenta.

Zdarzają się jednak sytuacje szczególne, w których korzyść i szkoda nie są udziałem jednej i tej samej osoby. Klasyczne rozumowanie utylitarystyczne, aczkolwiek niezbędne w praktycznym zastosowaniu zasady w trzecim i czwartym jej rozumieniu, w tego typu szczególnych sytuacjach okazuje się, zdaniem autora, nieprzydatne. Jako o ewentualnej metodzie ich rozstrzygnięcia wspomina on o Zasadzie Podwójnego Skutku¹⁸. Nie chcąc rozwodzić się nad zaletami i słabościami tego sposobu myślenia, podkreśla jedynie, że w dyskusjach dotyczących moralności wielorakich skutków ich uczestnicy często dochodzą do wniosku, że coś innego niż „większe dobro innego człowieka” lub „dobro większej liczby ludzi” potrzebne jest dla usprawiedliwienia czynu przynoszącego

¹⁸ Sposób argumentacji oznaczony później tym mianem użyty został po raz pierwszy przez Tomasza z Akwinu dla usprawiedliwienia zabójstwa w obronie własnej. Zgodnie z tą zasadą, o wartości moralnej czynu, który pociąga za sobą dwa skutki – jeden dobry, drugi zły – decyduje zamiar sprawcy. Jeżeli bezpośrednim jego zamiarem było urzeczywistnienie dobra i tylko przewidywał on – wiedząc, że nastąpi, lecz nie pragnąc go – zły skutek uboczny swojego czynu, wówczas jego działanie uznać można za usprawiedliwione. Poważne trudności, jakie napotkać musi każdy, kto, stosując tę zasadę, nie chciałby jednocześnie narazić się na zarzut arbitralności w ustalaniu rzeczywistego zamiaru sprawcy, przysporzyły jej wielu przeciwników.

zły skutek. Szukają oni „poważnych” lub „nadrzędnych” racji, które przynajmniej *implicite* mają charakter deontologiczny. W dyskusji na temat przerywania ciąży, na przykład, jednym z takich powodów jest wolność dysponowania własnym ciałem.

A.R. Jonsen wspomina na koniec o możliwości – jak je nazywa – „paradoksalnego” użycia zasady nieszkodzenia. Rzecz dotyczy moralnego usprawiedliwienia tzw. niedobrowolnej eutanazji. Kilku autorów powoływało się już w tym celu na zasadę nieszkodzenia i w związku z tym rodzi się wątpliwość: czy nie szkodzi się komuś pozwalając mu umrzeć? Czy podtrzymywanie życia może być kiedykolwiek słusznie nazywane szkodzeniem? Na to ostatnie pytanie autor skłonny jest odpowiedzieć twierdząco, zaznacza jednak, że powołanie się na zasadę nieszkodzenia w usprawiedliwianiu niedobrowolnej eutanazji wymagałoby wnikliwego zbadania drugiej i czwartej interpretacji tej zasady. Co dokładnie należy rozumieć przez „właściwą opiekę” w odniesieniu do pacjentów umierających lub znajdujących się w stanie nieodwracalnej komatozy? Co stanowi dla tych pacjentów korzyść, a co szkodę?

II

Nie sposób uniknąć pytania o dobro chorego, o to, co jest dla niego korzyścią, a co szkodą, pragnąc określić znaczenie i rolę zasady nieszkodzenia w etyce medycyny. Bez wyjaśnienia tej kwestii nie da się nawet ustalić, co właściwie wynika z zasady nieszkodzenia, co zaś z zasady życzliwości, nie mówiąc już o wzajemnej relacji pomiędzy nimi. Czy istotnie obowiązek podtrzymywania życia pacjenta wynika z zasady nieszkodzenia, a obowiązek łagodzenia jego cierpienia z zasady życzliwości? Dlaczego nie mielibyśmy przyjąć, że jest odwrotnie? Życie jest przecież dobrem, cierpienie złem, a bezczynność wobec czyjegoś cierpienia w sytuacji, w której można by położyć mu kres, zdaje się bardzo przypominać szkodzenie, a w każdym razie nie da się już w żaden sposób wytłumaczyć życzliwością.

Niewykluczone jednak, że pytanie o dobro chorego pozostawić trzeba bez odpowiedzi. O naszej bezradności w poszukiwaniu racjonalnych rozstrzygnięć tego rodzaju kwestii pisał przekonująco Aleksander MacIntyre. Jego zdaniem, szukając odpowiedzi na wciąż ponawiane przez praktykę medyczną pytania: „czy doświadczający skrajnego bólu winni mieć prawo dysponowania swoim własnym życiem?”, „czy lekarz powinien mieć prawo decydowania o życiu pacjentów z nieuleczalnym rakiem, pogrążonych w skrajnym bólu?”, „czy lekarz winien być zobowiązany oznajmić pacjentowi, że umiera?”, prędzej czy później dostrzec musimy, że „... nie istnieje żadna racjonalna metoda rozstrzygnięcia tych problemów, i że jest to raczej rezultatem wyjątkowego charakteru debaty moralnej w liberalnej, świeckiej, pluralistycznej kulturze, niż rezultatem szczególnego charakteru tych problemów lub jakiejś ogólnej właściwości

w dziedzinie moralności”¹⁹. Możemy na przykład dowodzić, że lekarz powinien mówić prawdę swoim pacjentom zawsze, ilekroć uzna, że przyczyni się to do ich szczęścia oraz nie mówić wówczas, gdy jego zdaniem nie miałoby to pożądanych konsekwencji. Równie dobrze możemy jednak upierać się, że tym, co należy tu w pierwszej kolejności mieć na względzie, nie jest szczęście pacjenta, lecz jego godność i dowodzić, że oszukiwanie go lub zatajanie przed nim prawdy równoznaczne jest z pozbawieniem go jego godności. Za każdym z tych stanowisk stoi rzetelna argumentacja, w której wnioski wynikają zasadnie z przesłanek, ale nie istnieje żadna racjonalna procedura pozwalająca dokonać wyboru pomiędzy nimi.

Tym, co zadecydowało o naszej bezradności, był rozpad funkcjonujących niegdyś systemów moralnych, zawierających w sobie całościową wizję prawdziwej natury człowieka i sensu jego istnienia w świecie. Współczesna, świecka i liberalna kultura wspiera się na milczącym założeniu, że z racjonalnego punktu widzenia żadna taka wizja nie jest możliwa. Racje i rozumowania, do których odwołujemy się w naszych sporach moralnych, chociaż mają bardzo często odległy i wielce szacowny rodowód, są więc obecnie wyrwane z kontekstu. Stanowią rozproszone fragmenty nieodwracalnie zburzonych budowli, z których daremnie usiłuje się dzisiaj zbudować coś nowego.

Jednocześnie z procesem dezintegracji dokonywała się również zmiana społecznych przesłanek, na których wspierało się praktykowanie tradycyjnych zalet moralnych lekarzy. Od czasów Hipokratesa daleko idącym zmianom uległy okoliczności, w jakich ochrona życia i zdrowia, zaufanie pacjenta do lekarza oraz autonomia lekarza w wydawaniu sądów (również zbiorowości lekarzy w ocenie zachowań swoich członków) uznane zostały przez lekarzy za najwyższe w ich zawodzie wartości. Lekarze dysponują dziś o wiele większymi możliwościami podtrzymywania ludzkiego życia, chociaż zarazem nie są w stanie równie skutecznie zabiegać o należyłą jego jakość. Maleją wskaźniki śmiertelności niemowląt, zwiększa się średnia długość ludzkiego życia, bardzo często jednak za tymi optymistycznie brzmiącymi statystykami kryje się rosnąca suma ludzkiego cierpienia. Wierność zasadzie bezwzględnego zachowania ludzkiego życia oznacza podtrzymywanie przy życiu ludzi bardzo starych, niezdolnych już do normalnego funkcjonowania, oraz głęboko upośledzonych niemowląt nie mających szans na prawdziwe ludzkie istnienie. Zwiększa się tym samym w społeczeństwie liczba ludzi kalekich i beznadziejnie chorych. Ocena, jaką tu formułuje A. MacIntyre, jest niezwykle surowa: „Każdy człowiek, który świadomie uczestniczy w działaniach prowadzących do takich rezultatów, jak czyni to wielu lekarzy, wyrządza wiele krzywdy i zła. To, co do niedawna było zaletą, stało się występkiem, ale nie bezproblemicznym występkiem, ponieważ lekarz znalazł się w sytuacji tragicznego dylematu. Rozważmy przypadek

¹⁹ A. MacIntyre *Jak zalety moralne stają się występkiem?*, „Znak” 2, 1978, s. 184.

niedawno narodzonych kalekich niemowląt, gdzie heroiczne wysiłki mogą doprowadzić do utrzymania przy życiu – albo czegoś, co musi się wydawać tylko niepotrzebnym nikomu kłębkim zniekształconej, cierpiącej tkanki i nerwów lub – czasem na przekór wszelkim oczekiwaniom – ludzkiego dziecka, wprawdzie z wadami fizycznymi, ale z realnymi możliwościami rozwoju. Każda reguła moralna, która zdejmuje z lekarza ciężar, jakim jest niepotrzebne powiększanie cierpienia, obarcza jego sumienie ciężarem bezpodstawnie być może odmówionego życia. Ale też brak jakiegokolwiek reguły byłby rzeczą najgorszą z możliwych²⁰.

Zaufanie pacjenta do lekarza miało swą tradycyjną podstawę w istnieniu jednej, ogólnie akceptowanej, moralności. Pacjent mógł zakładać, że powierzając swój los lekarzowi nie rezygnuje ze swojej autonomii moralnej. Wspomniane wyżej powody sprawiły, że i ta przesłanka nie jest już dzisiaj zagwarantowana. Pacjent po prostu nie wie, jaka jest postawa lekarza wobec życia i śmierci, jakie jest jego wyobrażenie dobra i zła. Bez zaufania pacjenta praca lekarza staje się jednak zupełnie nie do pomyślenia.

Współczesny lekarz ma więc do wyboru jedynie złe rozwiązania. „Właśnie to miałem na uwadze – stwierdza A. MacIntyre – kiedy mówiłem o moralnych dylematach lekarza jako tragicznych. Moralne zasoby jego kultury – i naszej własnej kultury – nie oferują mu żadnego rozwiązania. W okresach, kiedy życie ludzkie staje się tragiczne, rzeczą najważniejszą jest znaleźć siły, by oprzeć się fałszywym rozwiązaniom. Szczególną pokusą dla świata współczesnego jest utylitaryzm, ponieważ utylitaryzm we wszystkich swoich wersjach ma aspiracje dostarczenia kryterium, sposobu rozstrzygnięcia pomiędzy konkurującymi i będącymi w konflikcie dobrami, wedle zasady maksymalizacji korzyści. Ale dobra i zasady, które określają nasze współczesne konflikty są nieporównywalne. Nie istnieje żadne wyższe kryterium. Nie istnieje neutralne pojęcie korzyści²¹.

Jeżeli A. MacIntyre ma rację, nie potrafimy odpowiedzieć na postawione we wstępie tego artykułu pytanie. Nie możemy ocenić postępowania lekarza, który przyspieszył śmierć swojej pacjentki, jeżeli w tej ocenie posługujemy się wyłącznie zasadami życzliwości i nieszkodzenia. Konieczne jest odwołanie się do innych zasad i wartości.

²⁰ Ibidem, s. 195.

²¹ Ibidem, s. 197.

THE PRINCIPLE OF NONMALEFICENCE IN MEDICAL ETHICS

There are some reasons to treat the principle of beneficence and the principle of nonmaleficence as separates. One of these reasons is, that they may sometimes stay in oposition. Then the question arises: to which of the two priority should be given. To resolve this in the area of medical ethics, a definition of the principle of nonmaleficence, considering its meaning and importance, seems to be necessary.

The importance of this principle appears to consist in assuring us, that medicine is a moral enterprise and that physicians would no misuse their knowledge or skills. On the other hand, in doctor's day-to-day practice it is hard to find any justification for the literal understanding of the precept *primum non nocere*.

To identify the significance of the principle of nonmaleficence in medical ethics more precisely, it is necessary to ask about the good of the patients – about what makes to their benefit and what to their harm. It is possible however, that we might be unable to formulate any neutral definition of these concepts. If that be the case, a potential conflict between the two principles could be solved only through referring to other principles and values.