

KAZIMIERZ SZEWCZYK

Akademia Medyczna w Łodzi

PSUCIE ŻŁOTA

Pod koniec ubiegłego roku na półki księgarń dotarła, wydana staraniem PIW, księga znanego bioetyka australijskiego Petera Singera zatytułowana *O życiu i miłości. Upadek etyki tradycyjnej*. Od wielu już lat jej autor zwalcza „etykę w imię życia” opowiadając się za radykalną postać „etyki jego jako ci”. Omawiana praca stanowi swoistego rodzaju podsumowanie owej krucjaty. Polemicznie zacięcie, jednoznacznie i bezkompromisowo w formułowaniu radykalnych wniosków czyni z tej książki lekturę niezwykle fascynującą. Jej atrakcyjność wydatnie powiększa przejrzyste i kompetentne tłumaczenie Anny Alichniewicz i Anny Szczepnej - pracowników naukowych Zakładu Etyki i Filozofii Medycyny łódzkiej Akademii Medycznej.

Czytelnik *O życiu i miłości* adnamiar nie może pozostać obojętny wobec zawartych w niej twierdzeń, co stanowi, jak się zdaje, podstawową i niekwestionowaną zaletę pracy. Wyczerpująca ich dyskusja wymagałaby traktatu o objętości równego, zapewne, oryginałowi. Odkładając tę przyjemność na czas sposobniejszy, skupię się obecnie na zasygnalizowaniu najistotniejszych, moim zdaniem, mankamentów książki.

1. Manicheizm. Singer wydaje się przyjmować założenie o zdominowaniu współczesnej kultury Zachodu przez wywodzący się z chrześcijaństwa absolutyzm etyczny głoszący niepodważalne zasady w imię życia. Dążenie do literalnego wypełniania tej maksymy zawsze dawało wzrost sumy niepotrzebnych cierpień. Zaawansowane technologie biomedyczne sprawiły jednak, że, według Singera, dogmat ów stał się zupełnie bezużyteczny jako norma etyczna. Zamiast przyczyniać się do wzrostu dobra, działania zgodne z nim powiększają obszar moralnego zła. W zaistniałej sytuacji należy całkowicie odrzucić zasady w imię życia, a co za tym idzie, również ufundowaną na nich „etykę tradycyjną”. Jest jeszcze drugą ważną przyczyną rozstania się z dotychczasowym systemem, mianowicie jego przesadny antropocentryzm, wyrodniejszy niż rodzaj gatunkowego rasizmu - „gatunkowizm”, jak przekładają tłumaczkę angielski termin *speciesism*. Ów rasizm, powiada autor, znajdujący teoretyczną podbudowę już w *Księdze Rodzaju*, tak ma swój znaczny wkład w niczym nieusprawiedliwione wprowadzanie bólu w świat.

Złoty etyk należy zastąpić dobrem, co zapewne spotka się ze „wciekłym oporem” (s. 207) tej pierwszej. Singer proponuje konsekwencjalizm, którego

„pierwsze przykazanie” ka e „uzna , e warto ludzkiego ycia si zmienia” (s. 208), e drogowskazem naszego post powania nie jest wi to , lecz jako ycia. Praktycznie w ka dej ze swych norm propozycja filozofa z Melbourne stanowi przeciwie stwo systemu identyfikowanego przez Singera z katolick doktryn moraln i powinna by przyj ta „zamiast” owej „dawnej etyki”. Mi dzy zasadami obu teorii nie ma adnej korespondencji, adnej przekładalno ci czy kumulacji. W królestwie dobra, identycznie jak w obszarze prawdy, nie ma ewolucji, lecz zmiany zachodz rytmem wyznaczanym (*quasi*)kuhnowskimi rewolucjami. Dawna etyka nie radzi sobie z coraz nowymi problemami wynikaj cymi z post pu medycyny, staje si niespójna, „pełna fałszu” i ekonomicznie szkodliwa, słowem, jest potrójnie zła: w sensie aksjologicznym - generuje zło moralne, w znaczeniu teoriopoznawczym - grzeszy niekoherencj , w aspekcie ekonomicznym - przyczynia si do nieracjonalnego zwi kszania wydatków na słu b zdrowia. Przeniesiony z teorii poznania do etyki antykumulatywizm epistemologiczny zmienia si w manicheizm.

Singeru widzenie uniwersum aksjologicznego jest - rzecz mo na bez wi kszego ryzyka - skrajnie czarno-białe i przez to uproszczone, manichejskie wła nie. Nie dopuszcza mo liwo ci jakiegokolwiek dialogu, lub cho by „pokojuowego współistnienia” „dawnej” i nowej etyki, co w dzisiejszej wiatopogl dowo zró nicowanej rzeczywisto ci stanowi, jak s dz , du koncepcyjn wad , a zarazem potwierdzenie wcze niej przeze mnie postawionej tezy, e utilitaryzm i etyka wi to ci ycia s „zamkni tymi w sobie systemami- wiatami o rozbudowanej ontologii i aksjologii”¹. Z zasygnalizowanego manicheizmu wynikaj , mniej lub bardziej po rednio, kolejne mankamenty omawianej ksi ki.

2. Preparowanie i skrajna interpretacja zasady wi to ci ycia. Prawd jest, e Ko ciół katolicki głosi zasad wi to ci ludzkiego ycia. Natomiast nie jest prawd , e nakazuje heroiczn i bezwzgl dn walk o ka de istnienie w ka dych warunkach. W *Deklaracji o eutanazji* opublikowanej przez Kongregacj Doktryny Wiary znajduje si mi dzy innymi takie oto stwierdzenie: „W obliczu zbli aj cej si , pomimo zastosowanych rodków, nieuchronnej mierci wolno wiadomie podj decyzj rezygnacji z zabiegów, które przyniosłyby tylko niepewne i uci liwe przedłu anie ycia, nie przerywaj c jednak normalnych zabiegów, nale nych choremu w podobnych przypadkach. Dlatego lekarz nie ma powodu do czynienia sobie wyrzutów, tak jak gdyby nie udzielił był pomocy osobie b d cej w niebezpiecze stwie”². Nes-

¹ K. Szewczyk: *Etyczne aspekty eksperymentów z u yciem człowieka*. „Edukacja Filozoficzna” nr 24/1997, s. 257 i n.

² *Deklaracja o eutanazji*. „L'Osservatore Romano”, 1980, nr 10.

tor wiatowej bioetyki, protestant i propagator omawianej zasady, wypowiada si w bardzo podobnym duchu: „Prawdziwy humanizm moralistów [...] doprowadził ich do jednomylnego stwierdzenia, e w pewnych warunkach wysiłki ratowania ycia mog sta si dowolne, nawet je li s na pewno skuteczne. Gdy lekarz rezygnuje lub - jeszcze lepiej - sam ustpuje wobec tych szerszych pod wzgl dem moralnym i ludzkim ocen, czyni to zapewne nie na podstawie swej ekspertyzy lekarskiej, lecz jako człowiek, który b d c lekarzem zdobył moralny autorytet wobec swego pacjenta i jego rodziny”³.

Singer oczywi cie zna przywołane wypowiedzi, jednak s one, według niego, zakamuflowanym, „pełnym fałszu” wła nie, ustpstwem na rzecz jako ci ycia ze strony głosicieli jego nienaruszalno ci. Niew tpliwie s w ród lekarzy - szczególnie starszej, odchodzącej ju generacji - zwolennicy skrajnego rozumienia wi to ci ycia. Należ do nich np. Singerowski antybohater dr C. Everett Koop czy David Karnofsky, z którym polemizuje Ramsey. „Zaniechania agresywnego lub nadzwyczajnego leczenia - twierdzi Karnofsky - mog da i popiera je plani ci pa stwowi, eksperci od wydajno ci, pracownicy społeczni, filozofowie, teologowie, ekonomi ci i filantropi. Jest to bowiem rodek zapewnienia sprawnego, produktywnego, uporządkowanego i wolnego od bólu społeczeństwa drog codziennego wymiatania nieuniknionych gruzów ycia”⁴. Natomiast adn miar nie mog tego da lekarze.

Skrajne rozumienie nakazu wi to ci ycia wynika, w uproszczeniu rzecz ujmując, z nasilajcego si wprost proporcjonalnie do stopnia zaawansowania techniki, zacierania różnicy między ludzkim działaniem - jednostkowym i społecznym - jako przyczyn zdarzeń w świecie, a przyrodniczymi, niezależnymi od człowieka, np. biologicznymi, procesami prowadzonymi do tych samych rezultatów, np. do śmierci. W efekcie przyjęcia takiej postawy, zwanej przez amerykańskiego bioetyka D. Callahana, technologicznym monizmem⁵, śmierć przestaje być zjawiskiem naturalnym, przeistaczając się w „sztuczny” przebieg poddany kontroli medyków, za który biorą całkowitą odpowiedzialność.

Moralna norma monizmu jest technologiczny imperatyw⁶, nakazujący nigdy nie zaprzestawać walki o (prze)ycie. Powstaje paradoksalne sprzeczanie między moralnością, techniką biomedyczną i yciem: ludzkie biologiczne trwanie wydaje się zyskiwać coraz większą wartość (wi to) w miarę postępu nauk medycznych.

³ P. Ramsey: *Pacjent jest osobą*. Warszawa 1977, s. 166.

⁴ Tamże, s. 177.

⁵ D. Callahan: *The Troubled Dream of Life*. Simon & Schuster, New York 1993, s. 67.

⁶ Tamże, s. 85.

Technologiczny monizm zrodziła i konserwowała „modernistyczna” wiara w potęgę nauki oraz Benthamowsko-Millowski utilitaryzm. Ponowoczesność zakwestionowała ową wiarę. Współczesna, dojrzała medycyna zna swe ograniczenia. Coraz mniej jej przedstawiciele mają ochotę podporządkować się imperatywowi technologicznemu, uznając heroiczną walkę o przeżycie za działanie nieodpowiedzialne. Pałeczki od Kaniofsky’ego przejmują obecnie niezwykle aktywne, rzeczmo narzeczliwe - organizacje typu *Pro Life*. Same w sobie są ciekawym zjawiskiem kulturowo-socjologicznym. Ich działalność jednak nie tyle kierowana jest imperatywem technologicznym, ile stanowi przejaw swoistego „karnawału etycznego”. „Krótkotrwałe, skondensowane w czasie i przestrzeni rytuały zbiorowego współodczuwania i litości, jarmarki lub nabożeństwa na rzecz zasad etycznych, w dni powszednie nie honorowanych - pisze Z. Bauman⁷ - pełni dziś ową leczniczą funkcję «zawieszenia rutyny», którą pełniła «kultura karnawałowa» w jej pierwotnej, opisaną przez Bachtina postaci”.

Historia tzw. „regulacji Baby Doe” jest, moim zdaniem, spektakularnym przykładem takiego właśnie karnawału⁸, zaspakajającego zarazem „dłonie Amerykanów do eliminacji moralnego osądu poprzez mnożenie coraz bardziej szczegółowych zasad”⁹. Zgodnie z regulacjami Baby Doe, bez względu na stan zdrowia i stopień upośledzenia noworodka, lekarz musi zaordynować nawadnianie i odżywianie. Innymi słowy, szpital podpisuje owe regulacje nie może dopuścić, aby śmierć dziecka nastąpiła wskutek odwodnienia bądź wygłodzenia. Lekarze nie muszą natomiast podejmować terapii w pewnych ściśle określonych sytuacjach, np. gdy leczenie jedynie przedłuży umieranie, lub jest „daremne” dla przeżycia noworodka.

Singer szczegółowo analizuje regulacje, zarówno we wcześnie napisanej wspólnie z Helgą Kushe pracy¹, jak w recenzowanej pozycji. Niestety czyni to, jak zauważyły w *Postłowie* tłumaczki, w sposób stronniczy, mający potwierdzić jego tezę o psuciu normy wiary tożsaczej przez niejawną ocenę jego jako człowieka. Autor zupełnie nie uwzględnił faktu, że każde dziecko trzeba odżywiać i nawadniać, co czyni zadość nawet bardzo rygorystycznie pojmowanej etyce wiary tożsaczej.

Komentarz Singera do przykładów Nancy Cruzan i Joey Fio, pacjentów znajdujących się w stanie trwale wegetatywnym, pokazuje *eksplicite*, że amerykańskie w swych decyzjach nie kierowały się etyką wiary tożsaczej,

⁷ Z. Bauman: *Etyka ponowoczesna*. Warszawa 1996, s. 331.

⁸ Por.: A. L. Caplan, R. H. Blank, and J. M. Merrik (red.): *Compelled Compassion. Government Intervention in the Treatment of Critically Ill Newborns*. Humana Press, Totowa 1992.

⁹ M. Hilberman i in.: *Marginally Effective Medical Care: Ethical Analysis of Issues in Cardiopulmonary Resuscitation*. „Journal of Medical Ethics”, 1997, nr 6, s. 363.

¹⁰ H. Kushe, P. Singer: *Should the Baby Live?* Oxford University Press, Oxford 1985.

lecz „kładły nacisk na autonomi jednostki” (s. 75). Wyra aj c zgod na odł czenie N. Cruzan od respiratora s dziowie mieli poczucie, e działaj zgodnie z jej yczeniem, wypowiedzianym niegdy w gronie przyjaciół. Nie maj c takiego dowodu, s d zdecydował pozostawi sond utrzymuj c J. Fiori przy yciu. W sprawie Cruzan s dziowie nie kierowali si wi c zasad jako ci ycia, zezwalaj c na mier pacjentki. Równie pozostawienie przy yciu J. Fiori nie miało nic wspólnego z t reguł . Kazus ów ilustruje krzywd , jak mo e wyrz dzi ze wszech miar słuszny nakaz szacunku dla autonomii pacjenta, gdy z „dobra moralnego” zmienia si w „moraln obsesj ”¹¹.

Z dotychczasowego omówienia tre ci ksi ki wynika, jak s dz , e zasad wi to ci ycia - w postaci nadanej jej przez Singera - kieruj si przede wszystkim lekarze akceptuj cy monizm technologiczny, oraz radykalne odłamy ruchów „za yciem”. Ko ciół katolicki w oficjalnych dokumentach nigdzie nie wypowiada si za heroiczn , uporczyw b d daremn walk o biologiczne trwanie chorego. Autor doskonale o tym wie. Przytacza nawet fragment listu arcybiskupa Melbourne, w którym dostojnik ów stwierdza, e „przesadna gorliwo ” aktywistów takich organizacji „mo e ludziom szkodzi ” (s. 143). Przypisanie Ko ciółowi skrajnie poj tej etyki wi to ci ycia pozwala Singerowi tak e i to upomnienie potraktowa jak objaw upadku „dawnego” systemu.

3. Nadmierna wiara w skuteczno regulacji etyczno-prawnych. Nieomal lustrzanym odbiciem krytyki radykalnej postaci zasady wi to ci ycia jest Singerowska analiza słabo ci definicji mierci. Obiektem jego rozwa a jest zespół kryteriów sformułowanych w 1980 r. w USA przez Prezydenck Komisj , znanych pod nazw *Uniform Determination of Death Act (UDDA)*¹². W odró nieniu od tzw. klasycznego -kr eniowo-oddechowego- kryterium mierci, UDDA proponuje kryterium mierci całego mózgu. Singer słusznie podkre la, e podane przez Komisj testy maj ce stwierdzi mier nie obejmuj wszystkich funkcji mózgu. Ich dobór jest bowiem, jego zdaniem - i zdaniem wielu innych bioetyków - spraw kompromisu mi dzy mo liwo ci wykorzystania organów do przeszczepu, a upiorn wizj zapelnienia szpitali pacjentami podł czonymi na trwale do respiratorów. Autor nasz, obna aj c - zdroworozs dkiwoy i psychologiczne zrozumiały - koncyliaryzm członków Komisji, stwierdza z niejaki satysfakcj , e poj cie mierci jako braku funkcji całego mózgu jest „troch oszuka cze”, gdy stanowi w istocie „etyczny wybór w przebraniu faktu naukowego” (s. 61).

¹¹ D. Callahan: *Autonomy: A Moral Good, Not a Moral Obsession*. „Hastings Center Report”, 1984, No 5, s. 40 i n.

¹² Por.: A. Szcz sna: *Wokół medycznej definicji mierci*. W: M. Gałuszka, K. Szewczyk (red.): *Umiera bez l ku. Wst p do bioetyki kulturowej*. Warszawa 1996, s. 63 i n.

Rozumowanie Singera wydaje się przebiega następująco: życie dla protagonistów jego wi to ci jest realno ci , któr nauka mo e i powinna uchwyci i zdefiniowa . Jednak e członkowie Komisji udaj tylko, e s realistami epistemologicznymi. W rzeczywisto ci za czyni ustpstwa na rzecz nienaukowej - bo etycznej - oceny ycia jako wartego b d niewartego prze ycia. Oszukuj wi c zarówno zwolennicy wi to ci ycia, jak i prota- goni ci mierci mózgowej. Autor słowem nie wspomina, e s kraje, w tym Anglia i Polska, w których przyjmuje się tzw. zmodyfikowane kryterium mierci mózgu jako **cało ci**¹³. Testy wykrywaj tu ustanie czynno ci pnia, bez których zintegrowane funkcjonowanie mózgu jako cało ci jest niemo liwe, co poci ga za sob mier organizmu.

Z tym ostatnim uj ciem byłoby mu zapewne trudniej polemizowa , a jest ono objawem - powolnej i bardzo ostro nej - ewolucji pojmowania mierci prowadz cej do wi kszej zgodno ci definicji mierci z jej kryteriami i testami. Najprawdopodobniej, według Singera, równie zmodyfikowane kryterium mierci byłoby „troch oszuka cz ” i „wygodn fikcj ”. Jedyne skuteczny, dostrzegany przez autora, sposób unikni cia owych oszustw polega na odrzuceniu zasady wi to ci ycia i zaakceptowaniu twierdzenia, „ e sam fakt bycia yw istot ludzk nie rozstrzyga jeszcze, czy pozbawienie jej ycia jest złem moralnym” (s. 119).

Nawet je li zgodzimy się z filozofem z Melbourne, e członkowie Komisji poczynili wiele ustpstw na rzecz antyrealizmu, a - by mo e - nawet pragmatyzmu¹⁴, to jednak skonstruowane przez nich kryterium jest nie tylko wygodn , lecz tak e bardzo ostro n fikcj , zgodn w du ej mierze ze współczesn praktyk moraln zachodniego wiata. Z odrzuceniem definicji mierci mózgowej - jak pisze zwolennik tego kroku, usiłuj cy skuteczniej sprawi si z problemem deficytu organów do przeszczepu - „wi e si trudne wyzwanie, jakim b dzie konieczno akceptacji stanowiska usprawiedliwiaj - cego w pewnych okoliczno ciach konieczno zabójstwa w celu uzyskania owych narz dów”¹⁵. Cytowany bioetyk ma nadziej , e wła ciwe stosowanie dwóch zasad fundamentalnych dla etyki lekarskiej - zgody i nieszkodzenia - uratuje nas przed katastrof równi pochyłej; stawia wi c W rozwi zywanu dylematów moralnych na nasze kompetencje etyczne. Singer za zdaje się bardziej wierzy w ludzkie zdolno ci do uchwalania jednoznacznych regulacji etycznych w formie gotowej do zaakceptowania przez s dy, jako pow-

¹³ Por.: Stanowisko Zespołów Specjalistycznych w sprawie kryteriów mierci mózgu. W: K. Szewczyk: *Etyka i deontologia lekarska*. Kraków 1994, s. 199.

¹⁴ W sprawie opcji teoriopoznawczych w definiowaniu mierci por.: A. Szcz śna, op. cit, s. 86 i n.

¹⁵ R. D. Truog: *Is It Time to Abandon Brain Death?* „Haslings Center Report”, 1997, nr 1, s. 36.

szechnie obowiązujące normy prawne. Należy, między innymi, „zalegalizować pobieranie narządów od spełniających cięśle określone warunki i zdiagnozowanych w sposób nieustraszyliwych w tym celu cięwych noworodków z bezmózgowiem lub takich, których kora mózgowa uległa zniszczeniu” (s. 63). Następnie trzeba - jak proponowała Duška Rada Etyki - wyróżnić „nieodwracalny punkt umierania”, po którego przekroczeniu zwolnieni jesteście z konieczności utrzymywania człowieka przy życiu (s. 66). Należy także ustalić „wyraźną granicę między noworodkiem, który niewątpliwie nie jest osobą w sensie etycznie znaczącym, a małym dzieckiem, które nie jest” (s. 237). Singer, wraz z H. Kushe, proponuje termin 28 dni po urodzeniu.

Autor doskonale zdaje sobie sprawę z arbitralności wielu tych regulacji. W przeciwieństwie jednak do normatywnej fikcji uprawianej przez etyków wiążących się z tymi, proponowane przez niego zasady są - jak twierdzi - bardziej użyteczne, tzn. efektywniejsze w pomniejszaniu sumy cierpienia, trafniej oddające przekonania lekarzy i rodziców, oraz wyzbyte fałszu cechujące „dawną” etykę. Australijski filozof w swym optymizmie prawnym nie bierze pod uwagę całkowicie realnej, „galopującej inflacji” etyczno-prawnych zasad, napędzanej, np. strachem pacjentów i potencjalnych chorych przed zabiciem usprawiedliwionym jakimiś wyjątkowymi racjami. Powodowana tym obawa pojawi się - jak można się dziś - silna presja społeczna - daje coraz bardziej szczegółowego określenia okoliczności, w których wolno zabić, i w których adnamiar nie wolno tego uczynić.

W propozycji Singera widać typowe dla utilitaryzmu i - moim zdaniem - przesadne wiary w racjonalność człowieka, dzięki której można zharmonizować interesy jednostkowe z ponadindywidualnymi. Odzwierciedla ona także niepokojącą tendencję do przekształcania się etyki w prawo medyczne. „Jeszcze nie tak dawno - pisze profesor tej dyscypliny z uniwersytetu w Manchester¹⁶ - prawo odgrywało znikomą rolę w dramacie dziejącym się między moralnością i medycyną. Dzisiaj wszystko się zmieniło: prawo stało się jego gwiazdą. Od dziś, którzy niespodziewanie dla siebie znaleźli się «pod telefonem», da się, jak od lekarzy, podejmowania decyzji o narodzinach i śmierci [...].”

Nie trzeba, jak Bauman¹⁷, twierdzi radykalnie, „że moralne jest [tylko - K. Sz.] to, co się opiera na kodyfikacji, formalizacji, uspołecznieniu i upowszechnieniu”, aby zauważyć, iż wchłanianie etyki przez prawo stanowiące zwalnia jednostki - lekarzy, rodziców - z konieczności podejmowania moralnych decyzji, a więc również z odpowiedzialności za nie. Moralność prze-

¹⁶ M. Brazier: *Hard Cases Make Bad Law?* „Journal of Medical Ethics”, 1997, nr 6, s. 341.

¹⁷ Z. Bauman, op. cit., s. 74.

istacza si w etyczno-prawny biznes, zatrudniaj cy wysoko wykwalifikowanych fachowców wiadczy cych usługi dotychczas zastrze one dla indywidualnych sumie i pobieraj cych za to wynagrodzenie.

4. Uto samienie etyki ogólnej ze szczegółów . Podobnie jak przedstawiciele chrze cija skiej etyki wi to ci ycia Singer uwa a, e proponowana przez niego wersja uylitaryzmu stanowi system uniwersalny, obejmuj cy wszystkich ludzi. Tymczasem znakomita wi kszo jego analiz dotyczy dylematów moralnych zwi zanych z rol zawodow lekarza (szerzej: przedstawiciela słu by zdrowia), a wi c mie ci si w obszarze szczegółowej etyki medycznej. Dokonane przez autora rozszerzenie zakresu owej etyki jest cz ciowo usprawiedliwione zjawiskiem całkowitej nieomal medykalizacji wszelkich przejawów ycia obywateli zachodnich społecze stw. Niemniej jednak konieczne jest, z kilku wa kich powodów, w miar wyra ne rozgraniczenie obu tych systemów. Na dwa z nich zwróciła uwag I. Lazari-Pawłowska: (1) Nie jest „technicznie mo liwe” opracowanie systemu etyki ogólnej reguluj cego w sposób jednoznaczny zachowanie si ludzi w ka dej sytuacji. Mo na natomiast, jej zdaniem, skonstruowa kodeks etyki zawodowej „sugeruj cy” lub „narzucaj cy” członkom danej profesji okre lony wybór w sytuacji konfliktu warto ci¹⁸. (2) Etyki zawodowe s nie tylko mo liwe, ale - w przypadku niektórych profesji, mi dzy innymi medycznej - wr cz konieczne, gdy daj nam poczucie bezpiecze stwa i stoj na stra y zaufania usługobiorców do usługodawców¹⁹. Z punktu widzenia potrzeb tego opracowania nale y jeszcze wymieni co najmniej dwa kolejne powody: (3) ochrona integralno ci moralnej członków zawodu, oraz (4) konieczno sprawowania kontroli społecznej nad dan profesj .

Pierwsze trzy czynniki sprowadzi mo na - cho niekoniecznie trzeba - do jednego stwierdzenia utrzymuj cego, e etyki zawodowe s „przystosowaniem naszej obiegowej moralno ci do pewnych okre lonych sytuacji” słu cym „usprawnieniu działalno ci zawodowej”²⁰. Czwarty powód jest szczególnie istotny dla etyki medycznej, przez wzgl d na medykalizacj naszej kultury i silne eksperckie skłonno ci przedstawicieli tej profesji, groce swoist form „medykokracji” (jatrokracji). W tym miejscu nie od rzeczy b dzie przypomnie , e powstanie współczesnej formy etyki medycznej zwi zane było w du ej mierze z d eniem społecze stwa ameryka skiego do ograniczenia władzy lekarzy nad pacjentami. Ksi ka K. Keseya *Lot*

¹⁸ I. Lazari-Pawłowska: *Etyka. Wybór pism*. Wrocław 1992, s. 89.

¹⁹ Tam e, s. 57.

²⁰ M. Ossowska: *Podstawy nauki o moralno ci*. Warszawa 1966, s. 366.

nad kukułczym gniazdem stanowi najbardziej znany artystyczny wyraz ówczesnych obaw.

W tym kontekście, jak zauważyły tłumaczki w *Postowiu*, powszechne zalegalizowanie eutanazji proponowane przez Singera byłoby przyznaniem lekarzom ostatecznej władzy nad ludzkim życiem i śmiercią. Ponadto i wbrew temu, co sugeruje autor, eutanazja jest silnie kontestowana przez wiele środowisk medycznych. Takie znaczne liczby chorych i potencjalnych pacjentów nie zgadzają się na śmierć zadawaną przez lekarzy w majestacie prawa. Uznanie eutanazji za usługę medyczną mogłoby więc doprowadzić do utraty zaufania do medyków i medycyny, z jednej strony, a z drugiej - do narzutu czy tego naruszania integralności moralnej członków personelu medycznego, objawiającej się dysonansem między godnością zawodową i osobistą, między obowiązkami, celami i postawami akceptowanymi przez jednostki i wynikającymi z pełnionej przez nie roli społecznej²¹.

Stosując klauzule sumienia można zminimalizować ów konflikt ról. Zwalnianie ona lekarza od czynności sprzecznych z jego sumieniem, w tym od eutanazji. Jednak i przez wzgląd na wymienione przed chwilą ujemne skutki jej zalegalizowania właściwsze jest, jak się zdaje - zgodne z pierwszym powodem kreowania etyk zawodowych - „narzucenie” słuszbom medycznemu absolutnej przeciweutanatycznej normy, jako nieprzekraczalnej granicy strzegącej ich integralności zawodowej.

Natomiast korzystanie z klauzuli sumienia przy dokonywaniu aborcji wydaje się słuszne. Skutecznie eliminując konflikt ról nie zagraża erozji zaufania pacjentów, ani nie przyczynia się w znaczący sposób do niebezpiecznego w społecznych skutkach wzrostu władzy medyków. Można nawet zaryzykować hipotezę, że dopuszczenie (pod pewnymi warunkami) aborcji z możliwością odmowy jej wykonania chroni te grupy zawodowe przed nadmierną ingerencją rozmaitych fundamentalizmów etycznych, będących przyczyną niejako „odwrotnego” naruszenia integracji moralnej: Po wprowadzeniu zakazu aborcji lekarz, uznający za powinność zawodową ratowanie życia, w pewnych sytuacjach musiałby patrzeć bezradnie na śmierć i matki, i płodu.

Zarówno odrzucenie zasady wiary w życie dopuszczające możliwość zabijania, jak i jej bezwarunkowa akceptacja dają medykom zbyt dużą władzę nad pozostałymi członkami społeczeństwa, narażają przedstawicieli profesji lekarskiej na utratę integralności i utrudniają wykonywanie zawodu, co może odbić się ujemnie na stosunku obywateli do służby zdrowia. Pomieszenie

²¹ Por.: L. B. McCullough: *Preventive Ethics, Professional Integrity, and Boundary Setting: The Clinical Management of Moral Uncertainty*. „The Journal of Medicine and Philosophy”, nr 1, 1995 s. 3 i n.

przez autora etyki ogólnej ze szczegółów powoduje, i proponowany przez niego system wykazuje istotne wady, zarówno jako etyka medyczna, jak i ogólna.

5. Jednostronnie niepełna diagnoza rewolucji w etyce. Rewolucyjnym przemian współczesnej etyki Singer, jak wiemy, wi e z odrzuceniem zasady wi to ci ycia. Jest to, moim zdaniem, tylko cz ciowo trafna diagnoza. Autor pomija bowiem milczeniem dwie okoliczności, które - jak s dz - s co najmniej równie rewolucyjnie w swych skutkach dla medycyny i społeczeństwa, jak uznanie przez s dy aborcji i jawnej b d zakamuflowanej eutanazji. My l tu o bujnie rozwijającym się ruchu hospicyjnym, a tak e o zjawisku, które okre li mo na mianem „medycyny sytuacji niedoboru”.

Wywodzi ca si z etycznej szkoły Hipokratesa tradycyjna medycyna za sw najwy sz powinno uwa ała walk o zdrowie i ycie pacjenta. Wymienione warto ci stanowiły zarazem owo „dobro chorego b d ce najwy szym prawem lekarza”. Po drugiej wojnie wiatowej, kiedy to słu ba zdrowia staje si pot nym przemysłem zdolnym - dzi ki zastosowanej technice - przedłu a biologiczne istnienie jednostek w skali dotychczas niewyobra alnej, bezwarunkowa realizacja „najwy szego dobra” rodzi „syndrom Kamofsky’ego” i sprawia, e usługi medyczne staj si niezwykle drogie. Zorientowana na leczenie trudnych, nieraz - beznadziejnych - przypadków słu ba zdrowia okazuje si ekonomicznie niewydolna i mało skuteczna w wypełnianiu swych zada . S dwie drogi wyj cia z impasu: (1) merkantylizacja medycyny i uczynienie zdrowia towarem²², lub (2) redefinicja najwy szego dobra i zmiana celów (priorytetów) przemysłu biomedycznego²³.

Merkantylizacja jest terapią paradoksalną . Z jednej strony umacnia *status quo* - heroiczną walk medycyny o ycie, a z drugiej, podsycia nastroje pro-eutanatyczne. Jednak e jej paradoksalno jest pozorna, gdy uporczywym terapią nie motywuje ju szacunek dla wi to ci ycia, lecz wzgl dy ekonomiczne - wysoki zysk z drogich i długo stosowanych rodków leczniczych. Tak e pro by o „dobr mier ” wydad si wynika nie tyle z (samo)oceny jako ci ycia, lecz ze strachu przed zubo eniem powodowanym kosztownym umieraniem. Strach dotyczy mo e tak chorego, jak i jego najbliższych. Ostatecznie wi c warto ci ekonomiczne mog zdominowa cele medycyny,

²² Por.: R. M. Sade: *Medical Care as a Right: A Refutation*. W: S. J. Reiser, A. J. Dyck, and W. J. Curran (red.): *Ethics in Medicine. Historical Perspectives and Contemporary Concerns*. Cambridge 1977, s. 573 i n.

²³ Por.: *The Goals of Medicine. Setting New Priorities*. „Hastings Center Report”, 1996, No 6.

a ona sama przekształci się, „z przedsiwzięcia w istotę swego moralnego”²⁴, w ekonomiczny biznes.

Radykalne odrzucenie normy wiary i wierzenia skłania medycynę do obrania tej wcale nie drogi, czyni ją lepszą zalety alternatywnego sposobu. Polega on na łagodzeniu kryzysu sytuacji niedoboru dzięki przekształceniu **etyki walki** o (abstrakcyjnie pojmowane) zdrowie i życie, w **etykę troski** (o chorego)²⁵. Aby to się dokonało, medycyna – a w ślad za nią kultura Zachodu – musi uznać śmierć za pełnoprawny i ważny etap życia. Innymi słowy, „dotychczasowe ucieczki od śmierci zastąpić musi towarzyszenie umieraniu”²⁶. Ideowo-instytucjonalną manifestacją tej przemiany jest ruch hospicyjny, będący początkiem głębszych przemian w medycynie i kulturze²⁷.

Właśczenie śmierci w obszar życia pozwala przyjąć „pierwsze nowe przykazanie” etyki medycznej: „Uznaj, że przejawy troski, jakiej wymaga człowiek się zmieniający”. Moim zdaniem, może ono zastąpić Singerowskie pierwsze przykazanie nowej etyki: „Uznaj, że warto ludzkiego życia się zmieniać” (s. 208). Zaprzestanie walki o życie chorego jest motywowane troską o chorego, a nie oceniane jako cięci jego życia, które jest jednakowo „warte”, zarówno w pełni rozkwitu, jak i w chwili śmierci.

W praktyce lekarskiej jednak zdarzają się przypadki, w których bardzo trudno jednoznacznie stwierdzić, czy dane działanie służy jeszcze przedłużeniu życia, czy jest już „beztroskim” przedłużaniem umierania. Stąd też, jak stwierdza z niejaki rezygnacją komentator prawny zaświadczenia onego dla bioetyki periodyku, „pewne są dyo «jako cięcia» mogą okazać się nieuniknionymi cechami procedur regulujących działania zezwalające na śmierć”²⁸. Być może rację miał Montaigne, gdy pisał, że „ułomność naszej natury sprawia, iż rzeczy w swej pierwotnej prostocie i czystości nie zdadzą się do naszego użytku. [...] Aby przysposobić złoto do naszej służy, trzeba je spodzić jak inną materię”. Osobliwie jednak jest zdecydowanie wolno, aby złoto wiary i życia psuła kultura troski o mniejszą cywilizacyjną ocenę jako cięci mojego istnienia.

²⁴ B. Williamson: *Medical Ethics, Teaching and the New Genetics*. „Journal of Medical Ethics”, 1996, nr 6, s. 325.

²⁵ K. Szewczyk: *Etyka medyczna jako etyka troski*. W: D. Walczak-Duraj (red.): *Etyczne problemy medycyny chińskiej i polskiej* (w druku).

²⁶ A. Alichniewicz: *Tanatologia filozoficzna jako podstawa tanatologii lekarskiej*. W: M. Gałuszka, K. Szewczyk, op. cit., s. 156.

²⁷ Por.: D. Cundiff: *Euthanasia Is Not the Answer. A Hospice Physician View*. Humana Press, Totowa 1992; K. Gibiński (red.): *Terminalnie chon. Hospicjum*. Prace Komisji Etyki Medycznej PAU. Kraków 1996.

²⁸ A. M. Capron: *Death and the Court*. „Hastings Center Report”, 1997, nr 5, s. 26.