

ETYKA MEDYCZNA

1. Źródła historyczne i filozoficzne etyki medycznej

Medycyna, praktyka medyczna i stosowne do niej zasady etyczne zrodziły się z realnych potrzeb człowieka, z tego, że zapada on na choroby, którym medycyna chce zaradzić. Wraz z różnymi formami leczenia chorych formułowano zasady postępowania lekarza, czego wyrazem jest choćby przysięga Hipokratesa i wszystkie kodeksy etyki medycznej. Mimo że przysięga lekarska i kodeksy etyki medycznej są tylko spisem norm tej profesji, to jednak implikują one określone założenia filozoficzne odnośnie do natury medycyny, natury relacji z pacjentem i natury dobrego człowieka, który w tym przypadku jest lekarzem¹. Tak więc u podstaw przysięgi lekarskiej i kodeksów etyki lekarskiej kryją się również zasadnicze źródła filozoficzne tej etyki².

Można wymienić trzy źródła filozoficznej etyki medycznej³. Wśród źródeł najszerszych, które można potraktować jako pierwsze, jest pojęcie dobrego człowieka, dotyczące wszelkiego postępowania i wszystkich profesji. Wyrasta ono z odpowiedniej filozofii życia. Jest także podstawowym pojęciem w znanej nam w kulturze zachodniej najstarszej przysiędze lekarskiej – przysiędze Hipokratesa. Historycy dostrzegają w niej wierne odwzorowanie Pitagorejskiego etycznego ascetyzmu. W uroczystej części

¹ Poniższy tekst opracowania zaczerpnięto z książki T. Biesagi *Spór o podstawy etyki medycznej. Teleologizm E.D. Pellegrino a kontraktualizm R.M. Veatcha* (Kraków: Wydawnictwo UPJPII 2014, s. 74–129, 204–218), w której znajduje się pełne opracowanie omawianych nurtów etyki medycznej, s. 1–380. Przystępny wykład etyki medycznej znajduje się w: tenże, *Elementy etyki medycznej*, Kraków: Wydawnictwo Medycyny Praktycznej 2006 i jest również dostępny na www.biesaga.info [dostęp: 1.03.2015].

² E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, New York: Oxford University Press 1981, s. 194.

³ E.D. Pellegrino, *Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 4(1979), nr 1, s. 32–56; przedruk w: „The American Journal of Bioethics” 6(2006), nr 2, s. 65–71.

przysięgi Hipokratesa obecna jest idea więzi ojciec – syn, uczeń – nauczyciel. Podstawowymi zasadami etyki pitagorejskiej były: odrzucenie aborcji, eutanazji (użycia trucizny), operacji, przestrzeganie ścisłych wymagań życia seksualnego, dotrzymywanie tajemnicy lekarskiej. W dziedzictwie Hipokratesa można też dostrzec różnorodny wpływ zarówno Platona i Arystotelesa, jak też stoików, epikurejczyków, sofistów i sceptyków⁴.

„Na początku wieków średnich – stwierdza amerykański lekarz i filozof etyki medycznej Edmund D. Pellegrino – etykę przysięgi Hipokratesa po raz pierwszy przyjęto jako etykę uniwersalną. Pojęcie lekarza jako człowieka religijnego – chrześcijanina, muzułmanina czy żyda – wymagało od każdego z nich służby chorym jak braciom zgodnie z ojcostwem Boga. Przysięgę oczyszczono z jej pogańskich odniesień i znalazła ona odnowione źródła w humanizmie wielkich religii”⁵. Tego typu religijny humanizm był podstawą etyki medycznej w dziewiętnastowiecznej Ameryce. Również dziś wielu lekarzy, być może większość, traktuje religijny humanizm wpisany w przysięgę Hipokratesa jako pierwotne źródło etyki zawodowej. Wskutek wzrastającej sekularyzacji źródło to jest coraz częściej odrzucane.

Drugim źródłem etyki medycznej jest natura medycyny. We wczesnych czasach greckich (co znajduje odbicie w wielu miejscach spuścizny Hipokratesa) medycyna była rozumiana jako dziedzina praktycznego działania, *techne*. Traktowano ją podobnie jak inne dziedziny rzemiosła, np. stolarstwo. Sztuka rzemiosła, jako że miała służyć wytworzeniu dobrego dzieła, nakładała na rzemieślnika pewne zobowiązania. Powinien więc być on kompetentny w swym zawodzie, nie powinien podrabiać czyjś dzieła, powinien uczyć rzemiosła i rozwijać swoją wiedzę oraz praktyczne umiejętności.

Platon, a szczególnie Arystoteles, rozwijali rozumienie *techne*, przyporządkowując tę działalność dobremu dziełu oraz analizując sprawności odpowiednie do jego wytworzenia. Podkreślali oni pewne właściwości moralne i umiejętności techniczne rzemieślnika, jego umiłowanie dzieła, zdobyte w praktyce sprawności niezbędne do jego wykonania oraz zasługiwanie na dobrą opinię. W podobnych ramach – skutecznego leczenia oraz zdobycia reputacji dobrego lekarza – ujmowana była również medycyna.

Medycynę jako zawód i powołanie po raz pierwszy przedstawił w traktacie *On remedies* Scribonius Largus, lekarz z I wieku, z czasów cesarza Klaudiusza⁶. Traktat ten podkreśla, że z natury medycyny wyrasta leczenie jako jej zasadniczy cel. Sformułowano w nim pewne wymagania w stosunku do pacjentów oraz pewne obowiązki lekarzy. Scribonius akcentował, że ci,

⁴ T. Biesaga, *Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna*, „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 7–8, s. 20–25; przedruk w: tenże, *Elementy etyki lekarskiej*, s. 13–20.

⁵ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *A philosophical basis*, s. 195.

⁶ Tamże, s. 196.

k którzy dobrowolnie wybierają zawód lekarza, powinni być wierni swemu powołaniu. Wśród specyficznych cnót w tej profesji wymieniał współczucie i humanitaryzm.

Ta koncepcja medycyny, zaczerpnięta być może od Panajtiosa i rozwijana również przez Marcusa Tulliusa Cyncerona w *De officiis*, różniła się od wcześniejszego ujęcia lekarza jako rzemieślnika. Podkreślała godność tego powołania i stawiała większe wymagania związane z podejmowanym poświęceniem. Owo ujęcie medycyny rozwijane było później m.in. w pracy Galena (Claudiusa Galenus) *De placitis*, w XVIII-wiecznym kodeksie Thomasa Percivala, w kodeksie AMA (Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego) z 1848 r. i w jego dalszych przekształceniach⁷. T. Percival wymagał, aby lekarz był dobrym, prawym, uprzejmym, odważnym człowiekiem, kierującym się obiektywnym dobrem pacjenta i działającym w jego imieniu. W odróżnieniu od Hipokratesa czy Scriboniusa, którzy akcentowali raczej obowiązki, Percival przedstawiał medycynę jako dżentelmeńską profesję, raczej przywilej czy wyróżnienie niż legalistyczne spełnianie obowiązków.

Obok humanistycznej koncepcji medycyny od XVII wieku rozwijało się jej scjentystyczne ujęcie, głównie pod wpływem szybkiego rozwoju i sukcesów nauk ścisłych. Medycyna zaczęła zbliżać się do takich nauk, jak chemia i fizyka. Poczynając od Kartezjusza oraz Juliána Offraya de La Mettriego (*L'homme machine*) i Claude'a Bernarda, wprowadzono i rozwijano podejście doświadczalne, eksperymentalne, ilościowe, mechanistyczne i redukcjonistyczne. Kontynuatorami tego są współczesne pozytywistyczne oraz redukcjonistyczne ujęcia medycyny oraz wzrastająca wiara w to, że medycyna to wysoko rozwinięte technologie. Sukcesy metod nauk ścisłych i inżynierii medycznej wzmocniają przekonanie, że przyjęte założenia są słuszne.

Etyka w tym ujęciu medycyny wymaga jedynie kompetencji, pewności naukowej, stosowania wiedzy i eksperymentów klinicznych. Inne wymagania moralne wobec tego typu lekarzy naukowców i technologów traktowane są jako nienaukowe i zbędne. Zarówno medycyna, jak i zdrowie stają się bowiem towarami. „Uprzywilejowany status medycyny, zawodu o specyficznych zobowiązaniach – pisze E.D. Pellegrino – nie jest dla egalitarności, współczesnej demokracji czymś atrakcyjnym. Zamiast tego coraz silniejszy jest pogląd, że medycyna nie jest czymś specyficznym; że zdrowie jest takim samym towarem, jak inne; że podstawą relacji lekarz – pacjent powinien być kontrakt usług”⁸. W kontrakcie tym nie jest ważne czyjeś człowieczeństwo czy też miłość drugiego – miłość ludzi, lecz jedynie uprzejma, czyli cierpliwa i przez to korzystna dla sprzedawcy, realizacja zamówionych usług. Owa uprzejmość to po prostu chęć i praktyczna taktyka sprzedaży towarów

⁷ Tamże, s. 197.

⁸ Tamże, s. 198.

i usług, która przynosi określone zyski. Uprzejmość w sprzedaży towarów i usług medycznych nie różni się od uprzejmości w innego typu transakcjach handlowych. Kultura technokratyczna chce potraktować profesję, powołanie medyczne tak samo, jak inne techniczno-wytwórcze działania człowieka. W tym praksytycznym, kontraktualistycznym, redukcjonistycznym modelu medycyna jest oderwana od jej humanistycznego – w tym również etycznego – podłoża.

Próby technokratycznej redukcji można również prześledzić na płaszczyznach innych dyscyplin humanistycznych, takich jak psychologia czy socjologia, które też próbuje się uczynić bezosobowymi narzędziami postępu naukowego i sterowania społeczeństwem. Zarówno praktyki psychologa czy socjologa, jak i praktyki lekarza nie powinno się jednak odrywać od tego, komu one służą, czyli od konkretnej osoby ludzkiej, od jej godności i natury.

Trzecim źródłem etyki zawodowej jest relacja lekarz – pacjent, która aż do czasów obecnych nie była przedmiotem większego zainteresowania filozofii. Dominujące pojęcie tej relacji pochodzi ze spuścizny medycznej i etycznej Hipokratesa. Niektórzy badacze jego tekstów zastanawiali się, czy zasadniczą treścią tej relacji jest *philanthropia* czy *humanitas*. Wydaje się, że to drugie stanowisko jest bardziej uzasadnione, przy czym da się zauważyć różne rozumienie i zastosowanie owego humanitaryzmu w etyce medycznej. Badacz starożytności Ludwig Edelstein rozróżnia uprzejmość greckiego lekarza rzemieślnika i humanitaryzm późnego, stoickiego lub inspirowanego religią, lekarza⁹. Wczesnogrecki lekarz to dobry rzemieślnik, który przez swoje solidne rzemiosło stara się odróżnić od szarlatanów i konowałów. W ten sposób chce zdobyć dobrą opinię, poważanie i autorytet społeczny. Z takiej postawy wynika również jego uprzejmość dla pacjenta, gdyż chce zyskać jego zaufanie oraz uznanie za dobrze wykonane leczenie. Stąd formułowane zasady etyczne to zasady dobrego rzemiosła i dobrego rzemieślnika. Mówią one o potrzebnych mu sprawnościach, o różnych zagrożeniach (nawet ze strony pacjenta), które mogą zniweczyć dobre dzieło, czyli wyleczenie z danej choroby. „Wyobrażenie dobrego lekarza i treść przesłania moralnego zawartego w korpusie hipokratejskim przechodziły w starożytności transformacje z etyki rzemieślnika, wykonującego dobrze swoją pracę, w kierunku stoickiej etyki powinności i obowiązków względem rodzaju ludzkiego i ludzkości”¹⁰. W etyce hipokratejskiej odnajdujemy pewne właściwości relacji lekarz – pacjent, ale zauważamy również braki. Relacja owa opisywana jest jedynie od strony lekarza, profesji medycznej bądź wspólnoty lekarskiej. Pominięto natomiast pozytywną rolę pacjenta. Stąd słuszna jest współczesna krytyka paternalizmu tej etyki oraz podkreślenie autonomii i uczestnictwa pacjenta w terapii.

⁹ Tamże.

¹⁰ Tamże, s. 203.

Etyka medyczna do lat 60. XX wieku rozwijała się jako deontologia lekarska, przekazywana z pokolenia na pokolenie i wykładana w uczelniach medycznych. Brakowało pogłębionej i systematycznej refleksji filozoficznej nad tą etyką. Filozofowie zajmujący się zasadniczymi dyscyplinami filozoficznymi, metafizyką, epistemologią, kosmologią czy nawet antropologią i etyką ogólną, sugerowali rozwój etyki szczegółowej czy etyk zawodowych, ale wprost nie opracowali tych ostatnich dyscyplin. „Nawet takim lekarzom filozofom, jak John Locke, Karl Jaspers czy Wiliam James, nie udało się przedstawić systematycznej analizy etyki ich pierwotnej profesji”¹¹. Można nawet powiedzieć, że do lat 70. filozofowie raczej ignorowali etykę medyczną, dopiero szybki rozwój w tym czasie biotechnologii i medycyny oraz nowe, niespotykane dotychczas dylematy bioetyczne niejako zmusiły teoretyków do zajęcia się podstawami bioetyki i etyki medycznej.

2. Hipokratejska, teleologiczna etyka medyczna

W związku z różnymi relacjami medycyny i filozofii rozwijają się dziś różne nurty w etyce medycznej, takie jak: teleologizm Edmunda D. Pellegrino i Davida Thomasmy, pryncypizm Toma L. Beauchampa i Jamesa F. Childressa oraz kontraktualizm Roberta M. Veatcha¹². Pierwszy z nich, związany z filozofią arystotelesowsko-tomistyczną, z fenomenologią realistyczną Dietricha von Hildebranda czy Josefa Seiferta, dąży do odkrycia i zbudowania pełnych podstaw etyki medycznej poprzez odkrycie i opis faktu choroby, aktu procesji i aktu medycyny wraz z teleologicznym opisem praktyki medycznej ustalającym cele wewnętrzne medycyny i moralność wewnętrzną właściwą tej praktyce, w odróżnieniu od moralności względem niej zewnętrznej; drugi, związany z *prima facie* zasadami Williama Davida Rossa, w punkcie wyjścia etyki posługuje się czterema pryncypiami, zasadą autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości, których konkretną treść ma się określić metodą wyważania tych zasad; trzeci nurt stosuje w etyce medycznej

¹¹ E.D. Pellegrino, *From medical ethics to a moral philosophy of professions*, w: tenże, *The philosophy of medicine reborn. A Pellegrino reader*, red. H.T. Engelhardt, F. Jotterand, Notre Dame: University of Notre Dame Press 2008, s. 149.

¹² Są one zaprezentowane w: tenże, *The philosophy*; T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, wyd. 1, New York: Oxford University Press 1979, wyd. pol. *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, Warszawa: Książka i Wiedza 1996; R.M. Veatch, *A theory of medical ethics*, New York: Basic Books 1981.

propozycję kontraktu Johna Rawlsa i rozwija potrójny kontrakt na poziomie hipotetycznym, na poziomie relacji społeczeństwo – lekarz i na poziomie relacji pacjent – lekarz.

Pierwszy z wymienionych nurtów traktuje pozostałe dwa jako taktyki wyłaniania decyzji w skomplikowanych dylematach bioetycznych, które oderwane są od szerszej teorii etycznej, tym bardziej od antropologii i metafizyki. Zasadniczy spór o etykę medyczną to rozstrzygnięcie, czy cele praktyki medycznej można odkryć w realnej rzeczywistości, w naturze medycyny, czy też cele te można jedynie ustanowić na zasadzie umowy społecznej, konwencji, kontraktu społecznego. Pierwsza tendencja poszukuje specyfiki praktyki medycznej, specyfiki danej profesji i etyki medycznej, druga zmierza do tego, aby praktyka medyczna kierowana była zasadami kontraktu społecznego, kulturowego czy obyczajowego, ekonomicznego czy politycznego. Wydaje się, że pierwsze poszukiwanie jest zasadnicze dla etyki medycznej, gdyż zmierza do rozróżnienia odkrytych, wewnętrznych celów praktyki medycznej, odróżniając je od celów zewnętrznych tej praktyce, celów innych profesji, celów ekonomicznych, społecznych, państwowych czy politycznych. Na podstawie tego rozróżnienia próbuje się rozwijać moralność wewnętrzną medycyny w odróżnieniu od moralności zewnętrznej, narzucanej jej z zewnątrz przez szersze i silniejsze gremia społeczne.

U podstaw teleologicznie rozwijanej etyki medycznej znajdują się trzy fenomeny: fakt choroby (*fact of illness*), akt profesji medycznej (*act of profession*) i akt medycyny (*act of medicine*)¹³. Są one charakterystyczne dla medycyny, stąd stanowią właściwy punkt wyjścia dla rozwoju etyki medycznej. „Wzajemne relacje między tymi trzema fenomenami są wystarczająco specyficzne dla medycyny, aby ukonstytuować unikalny, własny rodzaj relacji, która aby była moralnie usankcjonowana, powinna być realizowana w pewien specyficzny sposób”¹⁴.

Pierwszy fenomen, fakt choroby, zmienia stan egzystencjalny człowieka. W chorobie, stanie radykalnie różnym od zdrowia, doznajemy kruchości naszego istnienia. Wiele osób w chorobie, zarówno przy trywialnych, jak i groźnych objawach, pyta: „Czy to jest początek końca mojego istnienia?”. Od strony subiektywnej chorobę (*illness*) określa pacjent, który się źle czuje. Od strony medycznej (*disease*) określa ją medycyna na podstawie pewnych empirycznych wskaźników. Medycyna powstała dlatego, że człowiek zapada na choroby. W chorobie, przeżywanej jako subiektywny stan samopoczucia, człowiek zauważa pewne nagłe, ostre lub chroniczne zmiany, które budzą jego niepokój o funkcjonowanie ciała lub umysłu. Czuć się chorym może, ale nie musi wiązać się ze stanami patologicznymi. Doświadczamy zmian

¹³ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *A philosophical basis*, s. 207.

¹⁴ Tamże.

stanu naszej egzystencji. Zaczynamy je na swój sposób interpretować jako symptomy wskazujące na to, że coś w naszym zdrowiu zmieniło się na gorsze, że nie jesteśmy zdrowi, w porównaniu ze stanami, w których nie narzekaliśmy na zdrowie. „Osoba, która dochodzi do wniosku, że jest »chora«, staje się pacjentem – czyli tym, kto dźwiga pewne niesprawności, braki, kto nie czuje się już »zintegrowany« (*whole*), kto spostrzega pewne ograniczenia swej dotychczasowej aktywności”¹⁵. W stanie choroby, a więc zachwiania równowagi, ciało nie jest, tak jak dotychczas, środkiem realizacji naszych ponadcielesnych, zewnętrznych celów. Absorbuje naszą uwagę, narzuca nam swoje wymagania, a nawet tyranizuje nas, abyśmy udali się po pomoc. Zostaje zachwiana funkcjonalna jedność naszego „ja” i naszego ciała¹⁶. W tym stanie osoba doświadcza pewnego ontologicznego zagrożenia, ontologicznego ataku (*an ontological assault*).

W zdrowiu, w spotkaniu ze światem, w naszym działaniu odczuwamy raczej jedność ze swoim ciałem. W chorobie ciało odrywa się od nas, staje się intruzem, który wszedł między nas a rzeczywistość i utrudnia nasze wybory i działania. „Staje w opozycji do naszego »ja«. Zamiast służyć nam, my musimy służyć jemu. Raczej utrudnia naszą egzystencję niż poszerza ją i ubogaca. Nie możemy już dłużej używać go do realizacji pozacielesnych celów”¹⁷. Ów atak na ontologiczną jedność duszy, jaźni i ciała jest dotkliwy także w tym, że rozbija nasze dotychczasowe wyobrażenie o sobie. W owym wyobrażeniu dokonaliśmy harmonizacji naszych słabych i mocnych punktów, tak aby nasz obraz był pozytywny. Chroniliśmy nasz *image* społeczny, szukając równowagi w kontekście zewnętrznych nacisków. „Choroba wymusza nowe spojrzenie, stanowi zagrożenie dla dotychczasowego wyobrażenia siebie i, przywołując wszystkie poprzednie niepokoje i narzucając nowe, wymusza ukształtowanie nowego, często zawierającego niebezpieczeństwo śmierci lub drastyczną zmianę stylu życia”¹⁸.

„Ontologiczny atak spowodowany przez chorobę uderza w naszą wolność, której realizacja podkreślała naszą podmiotowość, nasze człowieczeństwo. Chory nie wie, jak odpowiedzieć na trzy fundamentalne pytania: »Co jest złe?«, »Co można zrobić?« i »Co powinno być zrobione?«”¹⁹. Bez pomocy nie może rozstrzygnąć tych kwestii. Trzeba mu podać pomocną dłoń. Staje się zależny od drugiej osoby i podatny na zranienie (*vulnerable*)²⁰. Pacjent w chorobie nie może wybierać, jak dotychczas, spośród różnych możliwości. Nie ma wiedzy i umiejętności umożliwiających leczenie bądź uwolnienie

¹⁵ Tamże.

¹⁶ E.D. Pellegrino, *Toward a reconstruction*, s. 67.

¹⁷ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *A philosophical basis*, s. 208.

¹⁸ Tamże.

¹⁹ E.D. Pellegrino, *Toward a reconstruction*, s. 67.

²⁰ Tamże.

od bólu i cierpienia. W wielu chorobach czy nagłych wypadkach zdany jest całkowicie na tych, którzy będą go ratować. „Dobrowolnie czy też niedobrowolnie, zmuszony jest powierzyć siebie w ręce drugiej osoby, w ręce profesjonalistów zdrowia, którzy mają wiedzę i umiejętności leczenia – lecz także skrzywdzenia. Ta niedobrowolna potrzeba uzasadnia aksjomat podatności na zranienie (*axiom of vulnerability*), z którego wywodzą się obowiązki lekarza”²¹. W chorobie człowiek – w kontekście dotychczasowej wolności, do której się przyzwyczaił – staje się bezradny, bezbronny (*vulnerable state*) oraz skłonny do ustępstw i kompromisów. „Stan choroby jest stanem zranionego człowieczeństwa (*wounded humanity*) osoby idącej na kompromis w jej fundamentalnych właściwościach po to, aby zaradzić swojej bezsilności”²².

Ograniczenie wolności i człowieczeństwa przez chorobę jest inne niż np. to, które spotyka więźnia pozbawionego praw cywilnych lub ubogiego niemającego dostępu do wielu dóbr materialnych. „Nikt z nas nie jest całkowicie wolny; musimy się dostosować do zasadniczych konwencji społecznych”²³. Niemniej jednak żadna z tych sytuacji nie równa się ze stanem bezradności podczas choroby. Zwykle w innych stanach zagrożenia, jeśli jesteśmy zdrowi, możemy sobie jakoś radzić. „Posiadane zdrowie traktujemy wtedy jako środek do wolności i innych podstawowych wartości. Dążymy tylko do uwolnienia się z więzienia, do zdobycia pracy i pieniędzy, i jeśli jesteśmy zdrowi, możemy odbudować nasze człowieczeństwo i integralność naszej osoby”²⁴. Gdy zaś jesteśmy chorzy, podstawowy mechanizm radzenia sobie z przeciwnościami losu ulega zepsuciu. „W chorobie ów inny wymiar bólu i cierpienia sprawia, że nie można leczenia zaklasyfikować jako towaru lub jako usług, takich jak naprawa samochodu u mechanika, skonstruowanie swej obrony u prawnika czy przezwyciężenie braków swej wiedzy u nauczyciela”²⁵. Wprawdzie w takich relacjach jak nauczyciel – student, prawnik – klient, usługodawca – klient, są pewne elementy zależności podobne do relacji lekarz – pacjent, gdyż w każdej z nich mamy do czynienia z pewną nierównością wiedzy, umiejętności itp. „Tym, co je różni, jest ontologiczna agresja (*ontological assault*) choroby na naszą jedność ciała i jaźni (*body-self unity*) i podważenie prymatu wolności w radzeniu sobie we wszystkich innych sytuacjach”²⁶.

Drugi fenomen relacji lekarz – pacjent to właśnie akt profesji medycznej (*the act of profession*). Źródłostów tego pojęcia wyprowadza Edmund D. Pellegrino z łacińskiego *profiteri*, co znaczy „głośno, publicznie oznajmiać”. Akt profesji medycznej niesie obietnicę pomocy. Akt medycyny natomiast włącza

²¹ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *A philosophical basis*, s. 208.

²² Tamże.

²³ Tamże, s. 209.

²⁴ Tamże.

²⁵ Tamże.

²⁶ Tamże, s. 208.

w siebie medycznie kompetentne decyzje i działania, zmierzające do wyleczenia²⁷. Obietnica pomocy zawarta jest w pytaniu lekarza: „W czym mogę pomóc?”. Za pytaniem tym kryją się zarówno chęć pomocy, jak i kompetencje do jej udzielenia. „W kontekście obecności osoby podatnej na zranienie, chorej, mamy drugą osobę, która przyrzekła, by pomagać, by leczyć, by przywrócić równowagę na tyle, na ile pozwoli na to posiadana wiedza”²⁸.

To właśnie wobec pacjenta, w jego bezradności i zranionym przez chorobę człowieczeństwie, pracownicy służby zdrowia podejmują swoją profesję (łac. *profiteri*), to znaczy „deklarują głośno” (*declares aloud*), że mają odpowiednią wiedzę i umiejętności, by mu pomóc, by działać w jego interesie, by go leczyć. „Takie znaczenie należy przypisywać profesji, a nie znaczenie prostej przynależności członka do danej grupy, posiadającej wspólną edukację, odpowiednie standardy zachowań i wspólną etykę. Wszystkie wymienione są akcydentalne dla zasadniczego aktu profesji, który jest aktywną, świadomą deklaracją, dobrowolnym wejściem w znaczącą moralnie chęć zrealizowania powinności koniecznej dla autentyczności danej deklaracji”²⁹.

Zajmujący się ochroną zdrowia potwierdzają publicznie ów akt profesji, gdy akceptują swoje stopnie medycznego wykształcenia, kiedy składają przysięgę, a uobecniają go wtedy, gdy bezpośrednio stają przed pacjentem, który przychodzi do nich, aby uzyskać wyleczenie. W akceptacji swoich stopni i złożeniu przysięgi akt profesji wprawdzie nie jest od razu realizowany w stosunku do pacjenta, ale ta realizacja jest *implicite* w nim zawarta i niepodważalna. Chora osoba w swych oczekiwaniach kieruje się przekonaniem, że deklaracja ta jest autentyczna, że zawierają się w niej profesjonalna wiedza i umiejętności oraz troska o dobro pacjenta.

Nie tylko w medycynie dokonuje się aktu profesji. Podobnie spełniają go prawnicy, nauczyciele, duchowni i inni. Oni również deklarują swoje specyficzne kompetencje na użytek interesów tych, którzy poszukują pomocy. „Etyka każdej profesji opiera się na autentyczności ich propozycji – propozycji lekarzy przywracania zdrowia, prawników – szukania sprawiedliwości, nauczycieli – przewyciężania ignorancji i duchownych – nauczania drogi zbawienia”³⁰. „Akt profesji jest obietnicą złożoną drugiej osobie, która jest w potrzebie, jest w sytuacji egzystencjalnego zagrożenia”³¹. Mamy tu do czynienia z nierównością relacji (*a relationship of inequality*). Lekarz ma przewagę nad pacjentem dzięki swej wiedzy i uzdolnieniom. Rodzi to niejako dodatkowe wymagania. Winien on być uważny, by uwzględnić pełne

²⁷ E.D. Pellegrino, *Toward a reconstruction*, s. 67.

²⁸ Tamże.

²⁹ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *A philosophical basis*, s. 209-210.

³⁰ Tamże, s. 210.

³¹ Tamże.

dobro pacjenta, jego świat wartości i jego interpretację dobrego życia³². „Owa nierówność sił nakłada specjalny obowiązek na osobę danej profesji. Relacja: osoba danego zawodu – klient, nie jest zwykłym kontraktem między równymi stronami, który to kontrakt może być negocjowany w ich interesie, ponieważ jedna strona nie jest wolna, by uniknąć negocjacji. Medycyna, prawo, nauczanie i praca duchownych nie są po prostu produktami w zwykłym, prawnym i komercyjnym sensie”³³. W każdym zawodzie obietnicę zawartą w akcie profesji spełnia się w specyficzny sposób, gdyż realizuje ona swoiste dla niego dobra. Potwierdza przez to swoją autentyczność. Akt ten można porównać do mostu, na którym spotykają się z jednej strony oczekiwania chorych, z drugiej strony obietnice leczących choroby.

Trzecim elementem relacji lekarz – pacjent jest akt medycyny (*act of medicine*). Obejmuje on te działania ze strony lekarza, które prowadzą do właściwych decyzji leczniczych. Chodzi o przywrócenie możliwej cielesnej harmonii, o ponowne „scalenie” chorego³⁴. Pacjent, idąc do lekarza, chce wiedzieć: co jest (*is*) złego ze zdrowiem, co można (*can*) zrobić w tej sprawie oraz co powinno (*should*) być zrobione. Na odpowiedź na pierwsze pytanie składa się wiele odpowiedzi wcześniejszych, prowadzących do wydania sądu klinicznego. W odpowiedzi na drugie pytanie odwołujemy się do celu (*end*), do którego powinien zmierzać cały proces leczenia: „Cel medycyny (*end of medicine*) brany formalnie to słuszne (*right*) i dobre (*good*) działanie lecznicze, podjęte w interesie indywidualnego pacjenta. Cała wiedza i sztuka medyczna lekarza wpisuje się w wybór tego, co wśród wielu rzeczy można zrobić, tego, co powinno być zrobione dla tej osoby, w jej konkretnej sytuacji życiowej. Jest to wybór tego, co jest słuszne (*right*), czyli tego, co jest naukowo, logicznie i technicznie zgodne z potrzebami pacjenta, oraz wybór tego, co jest dobre (*good*), czyli warte podjęcia dla tego pacjenta”³⁵.

Ze względu na podatność na zranienie, lekarz ma obowiązek ułatwić pacjentowi pełne uczestnictwo w podejmowaniu moralnych decyzji. W tym celu lekarz winien „naprawić w granicach możliwości zranione człowieczeństwo i stan nierówności chorej osoby (*wounded humanity and state of inequality*). Może to uczynić częściowo poprzez leczenie bądź też powstrzymanie choroby lub bólu czy niepokoju. Należy to uzupełnić przez odsłonięcie koniecznych informacji do ważnego wyboru i autentycznej zgody, unikając manipulacji wyborem i zgodą pacjenta, w celu dostosowania się do indywidualnej czy społecznej filozofii dobrego życia”³⁶.

³² E.D. Pellegrino, *Toward a reconstruction*, s. 67.

³³ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *A philosophical basis*, s. 210.

³⁴ E.D. Pellegrino, *Toward a reconstruction*, s. 67.

³⁵ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *A philosophical basis*, s. 211.

³⁶ Tamże.

Redukcja nierówności informacyjnej między lekarzem a pacjentem sprzyja osiągnięciu zgody, będącej warunkiem moralnego działania pacjenta. „Moralnie ważna zgoda (*consent*) zbliża się do realizacji obu znaczeń tego słowa, *con-sent*, czuć i znać coś razem (*together*). Obaj, pacjent i lekarz, muszą przeto czuć, że znają, rozumieją wchodzące w grę fakty, i obaj muszą czuć, że są partnerami w procesie podejmowania decyzji”³⁷. Nawet w sytuacji, gdy lekarz, z powodu niemożliwości uczestnictwa pacjenta w podejmowaniu decyzji, musi sięgnąć po zgodę zastępczą rodziny lub sądu, należy zachować system wartości pacjenta. Lekarz zobowiązany jest wtedy sprawdzić, czy w zgodzie zastępczej nie są ignorowane, umniejszane bądź zmieniane życzenia pacjenta.

W sumie fakt choroby, akt profesji i akt medycyny wraz z teleologią praktyki medycznej, wyznaczają do realizacji cztery składniki dobra pacjenta, którymi są: 1) dobro medyczne (*medical good*) określone wskazaniem medycznymi, 2) dobro przeżywane przez pacjenta według jego planów życiowych i oceny własnej sytuacji (*patient's perception of the good*), 3) dobro pacjenta jako człowieka, jako osoby (*good for humans, good of the patient as a person*) i 4) dobro duchowe albo ostateczne pacjenta (*spiritual, ultimate good*)³⁸. Lekarz jest moralnie zobowiązany realizować wszystkie cztery wymiary dobra pacjenta w takim zakresie, jak tylko to jest możliwe. Zasada tej realizacji jest dobroczynność w zaufaniu (*beneficence-in-trust*), w której wolność i decyzje lekarza wraz z wolnością i decyzjami pacjenta przyporządkowane są i włączone w realizację owych składowych dobra pacjenta.

Na dobro biomedyczne albo techno-medyczne (*biomedical or techno-medical good*) składają się efekty zastosowania medycznej i technicznej wiedzy w leczeniu, powstrzymaniu choroby, poprawie lub przedłużeniu życia. Dobro to jest pierwszorzędym, podstawowym obowiązkiem lekarza. Jego osiągnięcie zależy od medycznych i technicznych kompetencji. Z punktu widzenia pacjenta jest to dobro instrumentalne, które powinien otrzymać od takiego specjalisty, jakim jest lekarz. „Jest to także dobro wewnętrzne medycynie (*a good internal to medicine*) – stanowiące o tym, że jest ona specyficznym rodzajem aktywności ludzkiej. Dobro to jest rezultatem zawodowego kunsztu lekarza, jego zdolności w podejmowaniu słusznych technicznie decyzji, w kompetentnym i bezpiecznym ich realizowaniu, przy minimalnym dyskomforcie pacjenta. Dobro to określane jest sformulowaniem »to, co medycznie wskazane«”³⁹.

³⁷ Tamże, s. 215.

³⁸ Ciż, *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*, New York: Oxford University Press 1988, s. 74–91; E.D. Pellegrino, *The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions*, „Journal of Medicine and Philosophy” 26(2001), nr 6, s. 559–579.

³⁹ E.D. Pellegrino, *Moral choice, the good of the patient, and the patient's good*, w: tenże, *The philosophy*, s. 163–185, 167.

Dość powszechnie dobro biomedyczne czy techno-medyczne utożsamiane jest z pełnym dobrem pacjenta. Przyjęcie tego scjentystycznego stanowiska skutkuje zredukowaniem medycyny do technicznych, słusznych interwencji. Medycyna staje się wyizolowana z szerokiej perspektywy etycznej. Narzuca imperatyw techniczny, pomijając inne wymiary dobra pacjenta. „Ten błąd czyni z pacjenta ofiarę imperatywu medycznego, który wymusza realizowanie tego wszystkiego, co oferują procedury przewidujące dobre skutki fizjologiczne i terapeutyczne”⁴⁰.

Dobro przeżywane przez pacjenta (*the patient's perceptor of his own good*) określa on sam w kontekście własnej sytuacji życiowej i systemu wartości. Bierze on pod uwagę okoliczności, w jakich się znajduje, i wybory, jakie wymusza na nim choroba i leczenie. Rozważa, na ile prawdopodobne, medyczne dobrodziejstwa korespondują lub nie korespondują z jego dobrem ostatecznym, ustalonym osobiście, z pomocą filozofii czy religii. „W przypadku pacjenta kompetentnego tylko on może decydować ostatecznie, czy jakość życia, które mu pozostaje, jest »warta zachodu«, czy współgra z jego systemem wartości lub z jego planami dalszego życia. Mimo że rozmiar możliwych satysfakcji pacjenta jest dość wąski, to jednak może on je osiągnąć w sposób trudny do zrozumienia dla człowieka zdrowego”⁴¹.

Troska o pacjenta kompetentnego, a jeszcze bardziej o niekompetentnego, za którego decydują jego najbliżsi, powinna się koncentrować na jego osobie (gdyż jego życie jest cenne mimo doświadczenia choroby), a nie na jakości biologicznej, psychologicznej, społecznej tego życia. Jest to szczególnie ważne, gdy o podjęciu pewnych akcji medycznych decyduje ktoś w zastępstwie pacjenta. Można wtedy pomylić perspektywę chorego z własnymi planami i trudami, np. wieloletniej opieki i troski o niego.

Określenie dobra czy interesu przez pacjenta jest, rzecz jasna, subiektywne i relatywne. Wywodzi się bowiem z tego, co jest zgodne z jego subiektywnym poglądem, sformułowanym w danym czasie i okolicznościach. Jego określenie dobra nie wyklucza pomyłek, szkodliwych oczekiwań i decyzji. Sam wybór subiektywnego dobra przez pacjenta nie czyni go dobrem wewnętrznym praktyki medycznej. Lekarz nie musi się zawsze zgadzać z tym, w jaki sposób pacjent widzi swe dobro. Ponieważ jednak sąd pacjenta jest realizacją jego fundamentalnego dobra, jakim jest wolność, lekarz winien docenić wartość wyrażanych sądów i brać je pod uwagę w pierwszej kolejności.

Dobro pacjenta jako osoby (*the good of the patient as a person*) jest radykalnie różne od wymienionych trzech sensów dobra. Każde z nich mogło być określane indywidualnie przez konkretną osobę w konkretnym czasie i okolicznościach. Ten rodzaj jest natomiast wynikiem zdolności rozumu jako

⁴⁰ Tamże, s. 168.

⁴¹ Tamże, s. 170.

takiego, rozumu filozoficznego, do sięgnięcia po szersze i głębsze podstawy niż subiektywne, relatywne okoliczności. Cechą wyróżniającą ludzką egzystencję jest zdolność stanowienia planu życiowego, w którym z różnorodnych dóbr wybiera się te specyficzne dla osoby jako takiej. „Mimo że człowiek nie zawsze myśli mądrze, roztropnie czy prawidłowo, to jednak wolność myślenia i formułowania planów jest takim dobrem, bez którego dla umysłowo kompetentnej osoby nie jest możliwe prowadzenie dobrego życia”⁴². Niemniej te osoby, które nie mogą takich planów formułować – osoby niekompetentne, czy to noworodki, czy pacjenci w śpiączce, będący w różnych psychozach czy stanach patologicznych – nie przestają być osobami. „Nawet wtedy, gdy z powodu dysfunkcji mózgu nie mogą wyrazić swej zdolności racjonalnych wyborów, są oni istotami z natury racjonalnymi. Musimy to uszanować w możliwym dla nas zakresie. Jesteśmy zobligowani do szacunku dla ich dóbr, w zakresie możliwości stworzonych przez decyzje zastępcy czy pełnomocnika”⁴³. Trzeba przy tym pamiętać, że wolność wyboru nie jest dowolnością, nie jest formą realizacji władzy czy swych egoistycznych korzyści. Paradoks wolności może się usprawiedliwić jedynie przez rozróżnienie dobra i zła.

W przypadku kompetentnego pacjenta nie możemy go pozbawić możliwości podejmowania własnych decyzji w szukaniu dobra. Nawet wtedy, gdy lekarz nie może zaakceptować jego punktu widzenia, to nie może zignorować jego wolnych wyborów, np. przez zatajenie informacji o chorobie czy terapii. Jedyna droga do realizacji dobra pacjenta wiedzie przez jego wolność. Stąd dialog z chorym prowadzony we wzajemnym zaufaniu wraz z rzetelnymi informacjami medycznymi mogą prowadzić do bardziej przemyślanych decyzji, które dają lekarzowi mandat do działania. Bez tego przyzwolenia lekarz nie może działać. Mimo że wie, na czym polega dobro medyczne, nie może uzurpować sobie prawa do jego realizacji bez zgody pacjenta. To również pacjent musi dokonać wyboru i wziąć za niego odpowiedzialność. W ten sposób, mimo trudnej sytuacji choroby, realizuje on swoją autonomię, swoją odpowiedzialność.

Mimo podkreślenia niepodważalnego udziału wolności pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczącej określenia własnego dobra Edmund D. Pellegrino stwierdza ogólnie, że w decyzjach klinicznych należy respektować wszystkie cztery sensory dobra pacjenta: „Każdy poziom trzeba zrozumieć i respektować. Kiedy wchodzi one ze sobą w konflikt lub są różnie interpretowane przez strony podejmujące medyczne decyzje, trzeba wprowadzić porządek hierarchiczny między nimi. Bez takiego porządku wyłonienie decyzji jest sparaliżowane lub, co gorsze, skutkuje kapitulacją lub narzucaniem decyzji jednych tym drugim”⁴⁴.

⁴² Tamże, s. 172.

⁴³ Tamże.

⁴⁴ Tamże, s. 173.

Zdaniem Pellegrino, mimo że uwzględnienie czterech poziomów dobra pacjenta przez wchodzących w grę decydentów może być różne, nie znaczy to, że ich wybory są w równym stopniu ważne logicznie, epistemologicznie lub metafizycznie. „Nie kapitulujemy tu na rzecz moralnego relatywizmu i emotywizmu. Są moralnie dobre i złe wybory na każdym poziomie i tej dystynkcji nie można porzucić. Należy ją rozpoznać i stosownie do niej uruchomić odpowiednie moralne procedury, aby każdy składnik dobra pacjenta, w obliczu potencjalnego konfliktu oddziałujących na siebie stron, mógł być adekwatnie promowany”⁴⁵.

Dobro pacjenta związane jest również z dobrem społecznym (*social good*). Decyzje medyczne podejmowane w odniesieniu do pacjentów wpływają na inne dobra społeczne, na demografię populacji ludzkiej, na konsumpcję dóbr. Decyzje kliniczne angażują drogie technologie medyczne, wysokie koszty społeczne i ekonomiczne specjalistycznego leczenia, przedłużania życia zawansowanych wiekiem i niepełnosprawnych pacjentów. „Najbardziej głośni krytycy medycyny dość często strofują ją za przeakcentowanie dobra indywidualnego pacjenta i zaniedbanie dobra społeczeństwa. Skutkuje to coraz silniejszym przywoływaniem w decyzjach klinicznych zasady sprawiedliwości dystrybutywnej i społecznej”⁴⁶. Stawia się np. pytania, czy bezzasadna resuscytacja, angażowane w niej środki medyczne do podtrzymania życia pacjenta, aby mógł on się z kimś zobaczyć, nie przeczy dobru społecznemu. W związku z tym próbuje się narzucić lekarzom rolę kustosza dobra społecznego i ekonomicznego. Ponieważ dobro pacjenta okazuje się coraz bardziej skomplikowane, wchodzi w konflikt z innymi dobrami, trzeba poszukiwać odpowiedniej hierarchii, umożliwiającej podejmowanie decyzji według określonych zasad.

Zdaniem Pellegrino należy najpierw odkryć hierarchicznie relacje między czterema formami dobra pacjenta i znaleźć racjonalne zasady ich organizacji. Tradycyjnie to, do czego zmiierzają wszystkie nasze działania, nazywamy *summum bonum*. Ci, którzy odrzucają ideę dobra najwyższego, zastępują je innym pojęciem – określeniem „dobra jako ostatnia deska ratunku” (*good of last resort*). Do takiego dobra odwołujemy się, kiedy jesteśmy zmuszeni podjąć trudną decyzję w sytuacji konfliktu dóbr i konieczności przedłożenia jednych nad inne. „Dla ludzi religijnych najwyższym dobrem jest zgodność z wolą i prawem Stwórcy. Dla niereligijnych może nim być poszukiwanie większej przyjemności, mniejszej szkodliwości, większej użyteczności, oświeczonej korzyści, dobra najmniej uprzywilejowanych w społeczności, absolutnej autonomii dokonywania wyboru przez pacjenta lub przetrwania gatunku. Pomijając dyskusję, czym jest owo ostatecznie dobro, wystarczy przyjąć, że istnieje *de facto* takie dobro w przypadku tych wszystkich, którzy usiłują

⁴⁵ Tamże.

⁴⁶ Tamże, s. 176.

wybierać racjonalnie. Nawet pluralistyczni intuicjoniści muszą oprzeć swoje intuicje na finalnym dobru⁴⁷.

Owo dobro ostateczne (*ultimate good*) albo dobro „ostatniej deski ratunku” (*good of last resort*) zyskuje priorytet względem innych form dobra pacjenta. Jest ono punktem wyjścia do moralnego rozumowania. W przypadku kompetentnego pacjenta musi być ono uwzględnione jako podstawowe względem dobra medycznego, dobra określanego przez lekarza, społeczeństwo, rodzinę, a nawet przez prawną koncepcję takiego dobra. Tylko pacjent może dostosowywać ostateczne dobro do swoich osobowych interesów; inni tego robić nie mogą.

Nie było i nie ma ogólnej zgody wszystkich w kwestii rozumienia ostatecznego dobra, stąd i społeczność nie może go narzucać, gdyż musiałaby użyć siły i przemocy. W demokracji każda osoba ma prawo posługiwać się przyjętym przez siebie systemem wiary i wartości. Dzięki wyborowi określonego systemu wiary i wartości oraz zawierzeniu ostatecznym źródłom życia moralnego osoba ludzka takie życie moralne może odpowiedzialnie podjąć. Różnorodne konflikty dotyczące stosowania sposobów podtrzymywania życia, sztucznej inseminacji, aborcji itp. związane są z ostatecznym dobrem i dlatego nie można ich rozwiązać. W sytuacji zderzenia się różnie pojętego ostatecznego dobra przez lekarza i pacjenta konflikt staje się nierozwiązalny. Żadna bowiem z osób nie może iść na kompromis, gdyż równałoby się to z odrzuceniem owej ostatecznej perspektywy i zniszczeniem własnej integralności moralnej. W takiej sytuacji strony muszą się rozejść w pokoju.

3. Liberalna, kontraktualistyczna etyka medyczna

Robert M. Veatch jako nową podstawę etyki medycznej proponuje po trójny kontrakt⁴⁸. Według niego dzięki takiej umowie można lepiej rozwiązywać współczesne problemy bioetyczne i w bardziej uzasadniony i efektywny

⁴⁷ Tamże, s. 177.

⁴⁸ R.M. Veatch, *The triple contract: a new foundation for medical ethics*, w: tenże, *A theory*, s. 108–138. Wcześniej ten tekst ukazał się jako: *The professional medical ethics: the grounding of its principles*, „Journal of Medicine and Philosophy” 4(1979), s. 1–19, wyd. pol. *Zawodowa etyka medyczna: fundament jej zasad*, tłum. W. Galewicz, w: *Moralność i profesjonalizm, Spór o pozycję etyk zawodowych*, red. W. Galewicz, Kraków: Universitas 2010, s. 305–332. Artykuł w języku oryginalnym został wykorzystany i przepracowany przez autora w książce *A theory of medical ethics* jako rozdz. 4: *The problems*

sposób podejmować konkretne, etyczno-medyczne decyzje. Pierwszy poziom owej umowy nazywa podstawowym kontraktem społecznym (*basic social contract*), drugi kontraktem między społeczeństwem a profesją medyczną (*contract between society and a profession*), a trzeci kontraktem między profesjonalistami medycznymi a pacjentami (*contract between professionals and patients*)⁴⁹.

Veatch korzysta z pomysłów Johna Rawlsa i w opisie kontraktu wykorzystuje również jego terminologię. Od niego głównie czerpie także kategorię kontraktu, który możliwy jest dzięki przyjęciu tzw. postawy pierwotnej (*the original position*) i zasłony niewiedzy (*veil of ignorance*). W wyobraźni zawieszamy naszą realną sytuację, naszą pozycję w społeczeństwie, status społeczny, naszą inteligencję, talenty, siłę i to, co nam los sprzyjającego czy niesprzyjającego przyniesie⁵⁰. Z pozycji sytuacji pierwotnej, za zasłoną niewiedzy, zawieszając nasze konkretne interesy, możemy sformułować pryncypia stanowiące moralne podstawy społeczności. „Jeśli nawet nie uda nam się odkryć uniwersalnej bazy dla decyzji etycznych, być może umożliwi nam to stworzenie wspólnoty, która zaakceptuje takie reguły, jak szacunek dla wolności i bezstronną analizę interesów (*impartial considerations of interests*); co prowadzi do przyjęcia moralnego punktu widzenia i stanowi wspólną podstawę (*a common foundation*) do decydowania o tym, co jest etyczne”⁵¹. Zdaniem Veatcha teoria kontraktu społecznego J. Rawlsa inspirowana była uniwersalizmem zasad moralnych I. Kanta oraz teoriami umowy społecznej T. Hobbesa czy J. Locke’a.

Pierwszy poziom potrójnego kontraktu ma najszerszy zakres, dotyczy on całego społeczeństwa i stąd można go nazwać podstawowym kontraktem społecznym (*the basic social contract*). Spory w kwestii etycznych pryncypiów i ich aplikacji w rozstrzygnięciu konkretnych przypadków ciągną się w nieskończoność. W rozstrzygnięciu tych sporów musimy znaleźć, zdaniem Veatcha, takie uzasadnienia i zasady, które spierający się zaakceptują. Bez tego owe spory i konkretne decyzje byłyby rozstrzygane na zasadzie siły i przemocy. Zamiast wzajemnej niechęci lepiej jest osiągnąć jakiś poziom zgody, legitymującej się przyjęciem wspólnej metody rozstrzygnięcia. W poszukiwaniu takiej metody chodzi nam o coś więcej niż o uzgodnienie w dyskusji wspólnych korzyści. Szukamy jakiejś podstawy przekraczającej korzyść danej grupy, szukamy czegoś uniwersalnego, obejmującego także tych pozostających poza grupą interesów, poza wspólnotą, do której należymy. Bez takiej perspektywy zamkamy się, według Veatcha, w obrębie działalności sekciarskiej (*sectarian*

with professional physician ethics, s. 79–107 oraz jako rozdz. 5: *The triple contract. A new foundation for medical ethics*, s. 108–137.

⁴⁹ Tenże, *A theory*, s. 110–134.

⁵⁰ Tamże, s. 119.

⁵¹ Tamże, s. 120.

medicine)⁵². „Pierwotna umowa społeczna – pisze Veatch – jest regulowana przez etyczną zasadę dotrzymywania umów, i sama z kolei uświadamia nam, że dotrzymywanie obietnic jest normą regulującą dalsze stosunki społeczne. To stwarza podstawę do drugiego stadium kontraktualnej teorii etyki medycznej”⁵³.

Drugie stadium to umowa między profesją lekarską a społeczeństwem. W historii medycyny można prześledzić, jak społeczeństwo przyznawało tej grupie pewne przywileje i równocześnie nakładało na nią określone obowiązki. Umowa, jako wzajemne porozumienie i docenienie obu stron, ma przekroczyć zarówno czysto filantropijne spełnianie tego zawodu dla korzyści społecznych, jak też nadmierne uprzywilejowanie tej grupy zawodowej ze szkodą dla społeczeństwa. Propozycja potrójnego kontraktu przekracza, zdaniem Veatcha, wyprowadzenie norm etyki medycznej z samych ślubowań składanych grupie zawodowej, gdyż oprócz nich obowiązki te wyprowadzane są z szerszej perspektywy, nie tylko wzajemnych relacji między lekarzami, ale też relacji między nimi a ludźmi spoza zawodu, czyli ze społeczeństwem. Dotychczasowe kodeksy etyki lekarskiej nie powstawały na bazie kontraktu między lekarzami a społeczeństwem, lecz raczej wzajemnych relacji wewnątrz profesji medycznej. W ten sposób powstała nie tylko przysięga Hipokratesa, ale i etyka lekarska Percivala czy kodeks AMA z 1847 r. „Praktycznie każdy kodeks, stwierdza Veatch, który ukazał się od tego czasu, utworzono jako dokument zawodu. Zostaje on zazwyczaj naszkicowany przez komisję, rozesłany, poddany dyskusji, dopracowany, udoskonalony, poddany negocjacom, a na koniec przegłosowany przez grupę zawodową”⁵⁴.

Veatch nie zauważa, że kodeksy takie były też tworzone na bazie filozofii medycyny i pielęgnowania etosu medycznego jako takiego, lecz traktuje wszystkie grupy w sposób zbliżony do naturalistycznej antropologii T. Hobbesa, zgodnie z którą każdy walczy o swoje interesy, a więc o zagwarantowanie sobie korzyści. Profesja medyczna jest również taką grupą egoistycznych dążeń, których społeczeństwo nie tylko nie musi, ale i nie powinno akceptować. Może jedynie tolerować tylko te uzgodnienia wewnątrz owej korporacji, które nie dotyczą sfery zewnętrznej. „Społeczeństwo jako całość nie ma powodu do odrzucenia takiej ugody między członkami zawodu ani nawet ingerowania w nią, dopóki ugoda wyraża jedynie poczucie obowiązków jednych członków zawodu w stosunku do innych. [...] Jednakże społeczeństwo nie ma też powodu, aby zaakceptować taką ugodę pomiędzy członkami zawodu, kiedykolwiek dyktuje ona zachowania dotyczące osób spoza tej grupy”⁵⁵.

⁵² Tamże, s. 111.

⁵³ Tamże.

⁵⁴ Tenże, *Zawodowa etyka*, s. 329.

⁵⁵ Tamże.

Mimo że wiele spraw trudno będzie ustalić w umowie między lekarzami a społeczeństwem, to jednak można je określić w umowie między lekarzem a pacjentem. Owo trzecie stadium umowy dotyczy wielu szczegółów i dlatego schodzi na poziom lekarz – pacjent. „Niektórzy lekarze – pisze Veatch – mogą skłaniać się do wykluczania pewnego rodzaju praktyk: aborcji, antykoncepcji, chirurgii kosmetycznej, terapii eksperymentalnej. Inni mogą uważać za właściwe stosowanie niektórych z tych praktyk”⁵⁶. Można im przyznać pewną swobodę w takich decyzjach. „Nie ulega wątpliwości, że praktykującym lekarzom powinno pozostawiać się pewną swobodę decyzji przy ustalaniu granic [tego, co dopuszczalne – T.B.] w zakresie ich specjalizacji. Prawdopodobnie powinni oni mieć swobodę decyzji w takich kwestiach, jak ich praktyka, lokalizacja i orientacja względem podstawowych wartości”⁵⁷. Gdyby jednak te wybory dotyczyły również pacjentów, to muszą być one regulowane umową między lekarzem a pacjentem. „Tych wyborów nie można wszelako narzucać pacjentom. Muszą być one przedmiotem trzeciej, indywidualnej umowy. Pacjenci i członkowie zawodu lekarza mają spotkać się ze sobą w celu zawarcia osobistej ugody w granicach społecznej umowy między profesją i społeczeństwem, która z kolei jest regulowana przez pierwotną umowę społeczną, tworzącą lub wyrażającą podstawowe zasady etyczne, obowiązujące w społeczeństwie”⁵⁸.

Tacy bioetycy jak William May i Roger Masters odrzucają teorię umowy dla etyki medycznej, gdyż ich zdaniem jest to propozycja zbyt legalistyczna i zbyt komercyjna. May posługuje się terminem „przymierze” (*covenant*), które jest czymś głębszym niż kontrakt gwarantujący interesy obu stron⁵⁹. Veatch tłumaczy, że teoriom umowy w etyce medycznej należy nadać szersze znaczenie⁶⁰. Dla niego wyraża się ono w tym, że kontrakt między lekarzem a pacjentem dokonuje się w kontekście bardziej fundamentalnej umowy między profesją a społeczeństwem, a ta ostatnia w kontekście uniwersalnych zasad etycznych regulujących ludzkie stosunki. Ową uniwersalność ostatecznie ma zapewnić hipotetyczny, wyobrażeniowy kontrakt. „A w końcu ta pierwotna umowa nie jest faktycznym źródłem społecznych obowiązków jednych osobników w stosunku do innych, lecz metaforą [wyróżn. T.B.], która pozwala ustalić obowiązki już istniejące”⁶¹.

⁵⁶ Tamże, s. 331.

⁵⁷ Tamże.

⁵⁸ Tamże.

⁵⁹ W.F. May, *Code, covenant, contract, or philanthropy*, „Hastings Center Report” 5(1975), nr 5, s. 29–38; R.D. Masters, *Is contract an adequate basis for medical care?*, „Hastings Center Report” 5(1975), nr 5, s. 24–28.

⁶⁰ R.M. Veatch, *Zawodowa etyka*, s. 331.

⁶¹ Tamże.

„Tak zatem, konkluduje Veatch, podstawę etyki zawodowej stanowi potrójna umowa. Jest to etyczna koncepcja, która opiera się na zasadach autonomii i dotrzymywania obietnic, ale odrzuca radykalny indywidualizm niektórych teorii umowy. Trzy umowy generują zbiór obowiązków regulujących działalność zawodową – przynajmniej w tej mierze, w jakiej ma ona znaczenie dla osób spoza zawodu. Jest to jedyna racjonalna podstawa, na której społeczeństwem jako całością może rządzić etyka dla członków zawodu”⁶². Jego zdaniem jest to propozycja, która wywodzi etykę zawodową z bardziej uniwersalnych źródeł, dostępnych nie tylko grupom zawodowym, ale także wszystkim spoza niej. Dotychczasowe rozumienie etyki medycznej przyznawało członkom danego zawodu „szczególny epistemologiczny status”, obowiązki wyprowadzało ze „szczególnej roli owej profesji”. „Etyka zawodowa musi być – pisze Veatch – oparta na bardziej fundamentalnej podstawie. Jej podstawa musi spoczywać w moralnych zobowiązaniach dostępnych i poznawalnych dla wszystkich”⁶³. Można jednak postawić pytanie, czy wyobraźeniowo skonstruowany kontrakt można potraktować jako rzeczywiste poznanie takiej fundamentalnej, realnej podstawy etyki medycznej.

4. Teleologizm czy kontraktualizm w etyce medycznej?

Fikcyjny kontrakt zawarty na najwyższym poziomie i zastosowany na dwu niższych poziomach stał się podstawą etyki kontraktualistycznej. „Przeciwnicy kontraktualizmu zwracają uwagę – pisze Magdalena Żardecka-Nowak – na jego sztuczność. Użyteczność tego modelu zakwestionował już David Hume. Żadne historyczne ustanowienie kontraktu społecznego nigdy nie miało miejsca, dlatego w związku z tym mielibyśmy uznać taki model za użyteczny? Rzeczywisty podział praw i obowiązków jest wypadkową wielu przygodnych okoliczności i nie ma nic wspólnego z modelowym kontraktem”⁶⁴. To ów wyobraźeniowy idealistyczny poziom sytuacji pierwotnej i zasłony niewiedzy, poziom idealnego obserwatora, ma decydować o moralności kontraktu na dwu pozostałych poziomach, czyli

⁶² Tamże, s. 332.

⁶³ Tamże.

⁶⁴ M. Żardecka-Nowak, *Rozum i obywatel. Idea rozumu publicznego oraz koncepcja jednostki we współczesnej filozofii polityki*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego 2007, s. 17-18.

umowy między społeczeństwem a profesją medyczną i między pacjentem a lekarzem.

Powstaje pytanie, czy realna kondycja człowieka pozwala, aby wejść w sytuację pierwotną, aby stać się idealnym obserwatorem. Idealny obserwator ma być według Veatcha wszechwiedzący (zna wszystkie nieetyczne fakty), wszechspostrzegawczy (może przedstawić sobie wszystkie wchodzące w grę konsekwencje), bezinteresowny, beznamiętny, bezstronny, konsekwentny⁶⁵. Człowiek nie ma takich cech, może je mieć tylko Bóg, opatrność Boża. We wspomnianym idealizmie czy spirytualizmie mamy więc do czynienia z absolutyzacją zdolności ludzkich i poszerzaniem ich do rozmiarów cech właściwych Bogu. Ów boski obserwator jest najwyższym autorytetem stanowiącym podstawowe zasady moralne i nie ma poza nim innej instancji odwoławczej. Jeśli ową idealizację czy absolutyzację przerzucimy na następne poziomy kontraktu, to może się kryć za tym niebezpieczeństwo przypisywania sobie uprawnień, do których człowiek nie jest zdolny. Zstępując bowiem z poziomu boskiego, idealny obserwator może przypisać sobie prawo do stworzenia idealnego społeczeństwa, idealnej ludzkości.

Można pytać, czy nie da się obronić stanowiska Veatcha, traktując myślowy eksperyment jako heurystyczną metodę budowania etyki. Zdaniem Johna Klutgena nie da się zastosować heurystycznego myślenia z wyimaginowanego kontraktu do realnego zawarcia umowy, gdyż taka operacja wymagałaby wcześniejszego wytrenowania tych, którzy ten kontrakt chcą zawrzeć. Z tego wynika, że kontrakt mogliby zawierać tylko tak przygotowani filozofowie, logicy czy prawnicy. Zwyczajni ludzie byliby pozbawieni tej możliwości. Kontraktualizm wytrenowanych ekspertów, chcąc przezwyciężyć partykularyzm lekarzy, prowadziłaby do partykularyzmu filozofów, logików i prawników⁶⁶.

Veatch nie udowodnił, że zawierający fikcyjny kontrakt odkrywają jakiś preegzystujący porządek moralny. Założył, że przyjmują oni moralny punkt widzenia, ale nie wyjaśnił, co jest podstawą owej moralności. Nie wykazał również zbieżności między porządkiem w idealnym kontrakcie a tym, co jako preistniejący moralny porządek odkryto w prawie objawionym, w prawie naturalnym, w rozumie.

Z pozycji fikcyjnego idealizmu Veatch, zdaniem Klutgena, nie docenia tego, co osiągnięto w profesji medycznej. „Veatch przesadza, kiedy opisuje kodeksy lekarskie jako jednostronne. One rzeczywiście pisane są przez lekarzy, ale wcielają wartości szeroko pojętej społeczności, są one odpowiedziami,

⁶⁵ R.M. Veatch, *Common morality and human finitude: a foundation for bioethics*, w: *Weltanschauliche Offenheit in der Bioethik*, red. E. Bauman, A. Brink., A.T. May i in., Berlin: Duncker & Humblot 2004, s. 37-50, 43-44.

⁶⁶ J. Klutgen, *Ethics and professionalism*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press 1991, rozdz. 8: *Characters, contracts and covenants. Veatch's triple contract*, s. 166-180.

zarówno moralnymi, jak i ideologicznymi, wobec krytycyzmu skandalicznych praktyk. Akceptacja społeczna zachowań profesjonalistów ujawnia przynajmniej częściową aprobatę ich zasad⁶⁷. Można więc powiedzieć, że ani na naturalistycznych, ani idealistycznie zabsolutyzowanych założeniach antropologicznych nie da się zbudować adekwatnych dla człowieka i społeczności ludzkiej zasad moralnych.

Podstawy etyki zaproponowane przez Edmunda D. Pellegrino są formułowane po rozpoznaniu kondycji człowieka i faktów, które zrodziły praktykę medyczną. Choroba, akt profesji i akt medycyny wyznaczają to, co odkrył już Hipokrates, że celem praktyki medycznej jest dobro pacjenta, czyli jego zdrowie. Cele wewnętrzne praktyki medycznej, moralność wewnętrzna medycyny nie jest ustanawiana przez lekarzy bądź profesję medyczną. Jej autorytet jest niezależny od tego, czy lekarz ją zaakceptuje, czy też odrzuci. To, że jest ona wyrażana np. przez kodeksy czy przysięgę medyczną, nie konstytuuje jej moralnego autorytetu. Jej uzasadnieniem jest obiektywny porządek moralny, który przekracza cele (*goals*) wyznaczone tylko na mocy profesji medycznej⁶⁸.

Cele te towarzyszyły medycynie od początku, ponieważ stanowią jej istotę. W traktatach Hipokratesa przywołane są zarówno natura, jak i jej cele. Opisano zarówno cel, jakim jest leczenie pacjenta, jak i modyfikację tego celu, gdy leczenie jest daremne (*futile*). „Ogólnie rzecz biorąc, medycyna ma uwalniać chorego od cierpień, ma zmniejszać gwałtowność choroby, ma odmówić podjęcia leczenia tego, nad kim choroba zapanowała, wiadomo, że w takich przypadkach medycyna jest bezsilna”⁶⁹. W przypadkach nieuleczalnej choroby nie należy pozostawić pacjenta samemu sobie, lecz otoczyć go opieką i troską. „W związku z nieuleczalnymi chorobami – czytamy w dziele Hipokratesa – musimy wytworzyć sposoby zapobiegania, by nie stawały się one nieuleczalnymi [...], podczas gdy inni muszą przebadać przypadki nieuleczalne po to, by unikać szkodenia daremnymi wysiłkami”⁷⁰. W antycznych źródłach mamy więc podane należące do sztuki medycznej zasadnicze cele medycyny, a są nimi: leczenie, a w razie nieuleczalności – opieka i pomoc oraz prewencja.

Medycyna istnieje, odkąd istnieje choroba. To właśnie owa uniwersalna sytuacja egzystencjalna zrodziła medycynę i jej cele. Istotowe ustalenie tych celów podkreśla, po pierwsze, że są to cele realne, a nie nominalne, wynikłe

⁶⁷ Tamże, s. 174.

⁶⁸ E.D. Pellegrino, *The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions*, w: tenże, *The philosophy*, s. 68.

⁶⁹ Hippocrates, *The art*, t. 2, tłum. W.H.S. Jones [seria: *Loeb Classical Library*, t. 148], Cambridge: Harvard University Press 1923, s. 185–218, s. 193.

⁷⁰ Tenże, *On joints*, t. 3, tłum. W.H.S. Jones [seria: *Loeb Classical Library*, t. 149], Cambridge: Harvard University Press 1923, s. 339.

z jakichś gier językowych czy przedstawiające jedynie sposób użycia słowa „medycyna”. Po drugie, są one wbudowane w specyficzną ludzką aktywność, jaką jest praktyka medyczna. Po trzecie, cel główny medycyny, gdy nie może być skutecznie zrealizowany, generuje następne pierwszorzędne cele, takie jak opieka i pomoc⁷¹. Z potrzeb zdrowotnych pochodzi zarówno medycyna kliniczna, jak i prewencyjna, pielęgniarstwo, medycyna społeczna i środowiskowa.

Wewnętrzne cele medycyny są rzeczywistością zastaną, stąd nikt nie jest uprzywilejowany w ich odkrywaniu: ani lekarze, ani prawnicy, ekonomiści, politycy czy zwykli obywatele⁷². „Zgodnie z poglądem esencjalistycznym sami lekarze są ograniczani przez wewnętrzne cele medycyny pojmowanej jako specyficzna forma ludzkiej aktywności. Identyfikując owe cele, lekarze mogą popełniać błędy, popełniają je, popełniali i będą popełniać”⁷³. Poprzez namysł nad naturą medycyny i jej celami można te błędy zidentyfikować i korygować. By ich uniknąć, konieczna jest nie tylko wiedza medyczna i praktyczna, ale również pewne sprawności moralne, cnoty, aby trzymać w ryzach własne interesy i egoizmy. Zasadę tę trzeba stosować również wobec tych spoza profesji medycznej – ekonomistów czy polityków – którzy, jak wiadomo, kierują się swoimi celami, różnymi od wewnętrznych celów medycyny. „Żaden mechanizm społeczny, królewski, prawny czy korporacyjny dekret nie może być zabezpieczony przed sprawdzeniem jego zgodności z własnymi celami medycyny rozumianej jako specyficzny rodzaj ludzkiej aktywności”⁷⁴. Użycie medycyny do innych poza nią celów niszczy bowiem jej integralność i status moralny.

Konstrukcjonizm społeczny (*social constructionism*) czy kontraktualizm, jako metoda formowania celów na drodze społecznego dialogu, negocjacji, porozumienia czy procesu politycznego, stawia cele zewnętrzne (*goals*) przed celami wewnętrznymi (*ends*). Czyniąc to, generuje kilka zasadniczych trudności.

Jeśli, zgodnie z tą metodą, w medycynie nie ma nic trwałego ani uniwersalnego, to w takim razie ustanawiane z zewnątrz cele są efemeryczne. Nie mają one stałych podstaw, są czasowo, historycznie, kulturowo, ekonomicznie i politycznie zmienne. Wyłaniane nowe konstrukcje podważają

⁷¹ E.D. Pellegrino, *The goals and ends of medicine: how are they to be defined*, w: *The goals of medicine: the forgotten issue in health care reform*, red. M.J. Hanson, D. Callahan, Washington: Georgetown University Press 1999, s. 55–68; wyd. pol. *Zewnętrzne i wewnętrzne cele medycyny: jak je zdefiniować?*, tłum. O. Dryła, w: *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, red. W. Galewicz, Kraków: Universitas 2010, s. 333–350, 341.

⁷² T. Biesaga, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, „Medycyna Praktyczna” 2004, nr 5(159), s. 20–25.

⁷³ E.D. Pellegrino, *Zewnętrzne i wewnętrzne*, s. 345.

⁷⁴ Tamże.

poprzednie, zaprzeczają im i nie wiadomo ostatecznie, do czego medycyna może być jeszcze użyta. Jeśli da się nawet ustalić jakieś cele w obecnej sytuacji społeczno-politycznej, to bez stałych, uniwersalnych podstaw nie można wyznaczyć medycynie celów na przyszłość. A przecież przy gwałtownym rozwoju biotechnologii chodzi o to, aby uchronić medycynę od niewłaściwego użycia, którego przykłady mieliśmy choćby podczas drugiej wojny światowej.

Druga trudność kontraktualizmu polega na tym, że po rozmyciu pojęcia celu medycyny zastępuje on jej własny cel celami pozamedycznymi, politycznymi, ekonomicznymi czy prestiżowymi. Bez rozróżnienia celów wewnętrznych i zewnętrznych te ostatnie łatwo stają się w wypowiedziach polityków i ekonomistów czymś innym niż to, co jest właściwe dla medycyny. Dla nich nie jest istotne, do czego ze swej natury zmierza praktyka medyczna, ale to, do czego można wykorzystać wiedzę medyczną, medycynę i tych, którzy nią się posługują, czyli lekarzy, pielęgniarki itd. Medycyna traci wtedy swoją tożsamość, niezależność i specyficzność w stosunku do innych ludzkich aktywności. Jej własne cele bez trudu zostają zredukowane do celów polityki, ekonomii, prawa itp. „Przekształcając cele medycyny (*ends of medicine*) w zadania (*purposes*) ekonomii, polityki czy zawodowych prerogatyw – stwierdza Pellegrino – przekształca się medycynę w ekonomię, politykę lub zawodowy przywilej”⁷⁵.

Kontraktualizm zamazuje różnice między wiedzą medyczną, nauką medyczną a medycyną. Wiedza medyczna i nauki medyczne stają się medycyną, czyli praktyką medyczną dopiero wtedy, gdy w sytuacji klinicznej są włączone w realizację potrzeb konkretnego pacjenta. Wiedza medyczna może znaleźć inne zastosowanie niż leczenie, opieka, pomoc, troska o zdrowie chorych. Może być wykorzystana w biotechnologii, do osiągnięcia różnych korzyści ekonomicznych czy politycznych. „Można jej używać, lecząc zwierzęta, manipulując ich genami, syntetyzując nowe cząsteczki organiczne, dążąc do osiągnięcia celów ekonomicznych lub korzyści politycznych”⁷⁶. Narzucając te same cele polityczne bądź ekonomiczne wiedzy medycznej, nauce medycznej i medycynie, zamazuje się specyficzne cele każdej z nich, unifikując wszystko do celów ekonomii czy polityki.

Narzucające medycynie cele i zadania zewnętrzne nie są związane z jej istotą, mogą więc one ułamać realizację jej własnych celów, czyli zniszczyć medycynę jako taką. „Lista możliwych wypaczeń w stosunku do związanych z troską o zdrowie zadań medycyny jest długa: torturowanie więźniów politycznych, ludobójstwo, »oczyszczanie« społeczeństwa z jednostek do niego niepasujących lub upośledzonych, uczestnictwo w sądownie orzeczonych egzekucjach, wywoływanie zmian politycznych, karanie dysydentów

⁷⁵ Tamże, s. 339.

⁷⁶ Tamże, s. 339-340.

lub wykorzystywanie opieki medycznej do celów pozamedycznych, takich jak zysk lub władza polityczna⁷⁷. Kontraktualizm społeczny naraża więc medycynę na niebezpieczeństwo wypaczenia jej natury, czyni ją podatną na nadużycia społeczne ze strony różnych ideologii, ekonomii, polityki czy władzy⁷⁸.

Bibliografia

- Beauchamp T.L., Childress J.F., *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, Warszawa: Książka i Wiedza 1996.
- Biesaga T., *Elementy etyki medycznej*, Kraków: Wydawnictwo Medycyny Praktycznej 2006; on-line: www.biesaga.info [dostęp: 1.03.2015].
- Biesaga T., *Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna*, „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 7-8, s. 20-25.
- Biesaga T., *Spór o podstawy etyki medycznej. Teleologizm E.D. Pellegrino a kontraktualizm R.M. Veatcha*, Kraków: Wydawnictwo UPJPII 2014.
- Biesaga T., *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, „Medycyna Praktyczna” 2004, nr 5(159), s. 20-25.
- Hippocrates, *On joints*, t. 3, tłum. W.H.S. Jones [seria: *Loeb Classical Library*, t. 149], Cambridge: Harvard University Press 1923, s. 339.
- Hippocrates, *The art*, t. 2, tłum. W.H.S. Jones [seria: *Loeb Classical Library*, t. 148], Cambridge: Harvard University Press 1923, s. 185-218 .
- Klutgen J., *Ethics and professionalism*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press 1991.
- Pellegrino E.D., *The philosophy of medicine reborn. A Pellegrino reader*, red. H.T. Engelhardt, F. Jotterand, Notre Dame: University of Notre Dame Press 2008.
- Pellegrino E.D., *Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness*, „The American Journal of Bioethics” 6(2006), nr 2, s. 65-71.
- Pellegrino E.D., *Zewnętrzne i wewnętrzne cele medycyny: jak je zdefiniować?*, tłum. O. Dryla, w: *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, red. W. Galewicz, Kraków: Universitas 2010, s. 333-350.
- Pellegrino E.D., Thomasma D.C., *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*, New York: Oxford University Press 1981.

⁷⁷ Tamże, s. 340. Zob. tenże, *Medicine today: its role, and the role of physicians*, w: tenże, *The philosophy*, s. 139 i nn.

⁷⁸ Tenże, *Zewnętrzne i wewnętrzne cele medycyny: jak je zdefiniować?*, s. 239.

-
- Pellegrino E.D., Thomasma D.C., *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*, New York: Oxford University Press 1988.
- Veatch R.M., *A theory of medical ethics*, New York: Basic Books 1981.
- Veatch R.M., *Common morality and human finitude: a foundation for bioethics*, w: *Weltanschauliche Offenheit in der Bioethik*, red. E. Bauman, A. Brink., A.T. May i in., Berlin: Duncker & Humblot 2004, s. 37-50.
- Veatch R.M., *Zawodowa etyka medyczna: fundament jej zasad*, tłum. W. Galewicz, w: *Moralność i profesjonalizm, Spór o pozycję etyk zawodowych*, red. W. Galewicz, Kraków: Universitas 2010, s. 305-332.
- Żardecka-Nowak M., *Rozum i obywatel. Idea rozumu publicznego oraz koncepcja jednostki we współczesnej filozofii polityki*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego 2007.

