

SYSTEMY BIOETYKI

**Redakcja
Tadeusz Biesaga SDB**

**Wydawnictwo Naukowe
Papieskiej Akademii Teologicznej
Kraków 2003**

Copyright © by WN PAT, Kraków 2003

Redaktor serii
Tadeusz Biesaga SDB

Redakcja tomu
Tadeusz Biesaga SDB

Korekta
Zofia Woźniakowa

Konsultacja i tłumaczenie streszczeń na język angielski
Maria Kantor

Na okładce:
Stworzenie Adama
fragment malowidła Michała Anioła z Kaplicy Sykstyńskiej

ISBN 83-89017-48-2

Międzywydziałowy Instytut Bioetyki
Papieskiej Akademii Teologicznej
ul. Franciszkańska 1, 31-004 Kraków
tel. (012) 422-47-86
e-mail: bioetyka@pat.krakow.pl

Wydawnictwo Naukowe PAT
ul. Franciszkańska 1, 31-004 Kraków
tel./fax (12) 422 60 40
e-mail: wydawnictwo@jadwiga.pat.krakow.pl

Spis treści

WSTĘP	5
-------------	---

I. PODSTAWY BIOETYKI

Tadeusz Biesaga SDB EDMUNDA D. PELLEGRINO FILOFOZIA MEDYCYNY.....	9
Grzegorz Hołub SDB DIEGO GRACIA A PRYNCYPIALIZM W BIOETYCE.....	23
Andrzej Muszala MICHELA SCHOONYANSA PODSTAWY BIOETYKI SPOŁECZNEJ	49
Bogusław Wójcik BIOETYKA PRAKTYCZNA PETERA SINGERA	71
Grzegorz Hołub SDB KAZUISTYKA W POSZUKIWANIU PODSTAW MORALNOŚCI	93
Bogusław Wójcik FILOZOFICZNE KONCEPCJE TOŻSAMOŚCI OSOBOWEJ I ICH ZASTOSOWANIE W BIOETYCE.....	117

II. ZASTOSOWANIA BIOETYKI

Katarzyna Kościelniak-Karczmarska PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA EKOLOGII PRENATALNEJ WŁODZIMIERZA FIJAŁKOWSKIEGO	161
Tadeusz Biesaga SDB ETYCZNE GRANICE TRANSPLANTACJI.....	185
Tomasz Kraj EUTANAZJA A EUGENIKA WE WSPÓŁCZESNEJ PRAKTYCE MEDYCZNEJ.....	197
Jan Dziedzic LEKARZ I PACJENT WOBEC MOŻLIWOŚCI PRZEDŁUŻANIA LUDZKIEGO ŻYCIA	223

Tadeusz Biesaga SDB

EDMUNDA D. PELLEGRINO FILOFOFIA MEDYCYNY

1. Wprowadzenie biograficzne

Edmund D. Pellegrino jest autorem ponad 500 artykułów i 11 książek oraz współautorem ponad 13 prac z historii i filozofii medycyny oraz etyki medycznej. Oprócz zainteresowań ściśle medycznych, w badaniach koncentrował się na historii i filozofii medycyny, etyce biomedycznej i etyce lekarskiej, nauczaniu etyki medycznej, na relacji pacjent-lekarz, na naturze i celu medycyny.

Był rektorem (1978–1982) Katolickiego Uniwersytetu Ameryki (Catholic University of America), dyrektorem (1983–1989) istniejącego od 1971 roku Instytutu Etyki Kennedy'ego (Kennedy Institute of Ethics), jedynym z pierwszych prezesów (1969–1970) Towarzystwa Zdrowia i Ludzkich Wartości (Society for Health and Human Values) oraz członkiem wielu innych organizacji medycznych i etycznych w Ameryce, m.in. Instytutu Medycyny Narodowej Akademii Nauk oraz Amerykańskiego Stowarzyszenia Rozwoju Nauki. Jest w zespołach redakcyjnych ważniejszych anglo-amerykańskich czasopism bioetycznych. Otrzymał ponad 40 honorowych naukowych wyróżnień¹.

W 1975 roku rozpoczął wydawanie własnego czasopisma „The Journal of Medicine and Philosophy” poświęconego budowaniu związków między medycyną a filozofią. Do dziś czasopi-

¹ David C. Thomasma, *Edmund D. Pellegrino Festschrift, „Theoretical Medicine”* 18 (1997), s. 1–6.

smo to zajmuje się publikowaniem artykułów z filozofii medycyny, z podstaw bioetyki i etyki medycznej. W roku 1991 założył w Centrum Medycznym Georgetown University w Nowym Yorku Centrum Bioetyki Klinicznej. Do roku 1996 był jego dyrektorem. Celem Centrum jest obecność etyki katolickiej, odwołującej się do godności i świętości życia, w rozwoju współczesnej bioetyki. Cel ten realizowany jest poprzez nauczanie, pracę naukową i konsultacje w dziedzinie etyki klinicznej. Centrum organizuje również konferencje naukowe i spotkania dla studentów medycyny, lekarzy i etyków, kleru i publiczności.

Działalność naukowa E. Pellegrino koncentruje się wokół filozofii medycyny, jej celu, jej natury. Jedno z jego pierwszych dzieł, *Humanism and the Physician*², poświęcone jest humanizacji medycyny i działalności lekarza. Następne, *A Philosophical Basis of Medical Practice*³, poszukuje odpowiedniej filozofii dla etyki i praktyki medycznej. W kilku kolejnych ważnych pracach E. D. Pellegrino podejmuje się określenia podstaw bioetyki i etyki medycznej. Czyni to poszukując filozoficznego określenia dobra pacjenta (*For the Patient's Good*)⁴, dążąc do rehabilitacji i przywrócenia etyki cnót w etyce medycznej (*The Virtues in Medical Practice* i *The Christian Virtues in Medical Practice*)⁵, oraz doprecyzowując problem dobra aktywności medycznej, poprzez rozróżnienie dobra we-

² Edmund D. Pellegrino, *Humanism and the Physician*, University of Tennessee Press, Knoxville 1979.

³ Edmund D. Pellegrino, David C. Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*, Oxford University Press, New York 1981.

⁴ Edmund D. Pellegrino, David C. Thomasma, *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford University Press, New York 1988; Edmund 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. D. Callahan, M. J. Hanson, Washington, DC 1999, s. 55-68.

⁵ Edmund D. Pellegrino, David C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, New York, Oxford 1993; Edmund D. Pellegrino, David C. Thomasma, *The Christian Virtues in Medical Practice*, Georgetown University Press, Washington, DC 1996.

wnętrznego medycynie klinicznej i dobra narzucanego medycynie niejako z zewnątrz (*The Internal Morality of Clinical Medicine*)⁶. W ten sposób opracowuje podstawowe pojęcia etyki medycznej: pojęcie dobra pacjenta, pojęcie norm czy zasad etycznych, pojęcie sprawności, czyli cnót właściwych tej profesji.

Wyróżnia on cztery sposoby filozoficznej refleksji nad medycyną, które wyraża w sformułowaniach: 1) filozofia i medycyna (*Philosophy and Medicine*), 2) filozofia w medycynie (*Philosophy in Medicine*), 3) filozofia medyczna (*Medical Philosophy*) i 4) filozofia medycyny (*Philosophy of Medicine*). Najwłaściwszym sposobem refleksji jego zdaniem jest filozofia medycyny, rozumiana jako odrębna, samodzielna dyscyplina, mająca swój cel, przedmiot i swoje metody badań⁷. Propozycja ta wchodzi w szeroką dyskusję z innymi anglo-amerykańskimi systemami bioetyki⁸.

2. Źródła etyki dobra pacjenta

W swej propozycji etyki medycznej E. D. Pellegrino sięga do klasycznych nurtów etyki Arystotelesa i św. Tomasza oraz do szeroko pojętej etyki chrześcijańskiej. W świecie anglo-amerykańskim, obok różnorodnych propozycji etyki i bioetyki, wyrosłych

⁶ Edmund 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; dyskusję z tą propozycją zob. F. G. Miller, H. Brody, *The internal morality of medicine. An evolutionary perspective*, „Journal of Medicine and Philosophy” 26 (2001), nr 6, s. 581–599; R. M. Veatch, *The impossibility of a morality internal to medicine*, „Journal of Medicine and Philosophy” 26 (2001), nr 6, s. 621–642.

⁷ Edmund D. Pellegrino, *What the philosophy of medicine is*, „Theoretical Medicine and Bioethics” 19 (1998), nr 4, s. 315–336; zob. David C. Thomasma, *Establishing the moral basis of medicine: Edmund D. Pellegrino's philosophy of medicine*, „Journal of Medicine and Philosophy” 15 (1990), nr 3, s. 245–267.

⁸ Edmund D. Pellegrino, *Bioethics as an interdisciplinary enterprise: where does ethics fit in the mosaic of disciplines*, [w:] *Philosophy of Medicine and Bioethics*, red. R. A. Carson i C. R. Burns, Boston 1997, s. 1–23.

z nurtów pozytywizmu i pragmatyzmu, obecny jest pewien trend myślenia próbujący na nowo odczytać etykę Arystotelesa, i to nawet użyć jej do ostrej konfrontacji z etyką współczesną. Przykładem może być zaprezentowana przez A. MacIntyre'a w pracy *After Virtue*⁹ krytyka etyki nowożytnej w oparciu o swoiście odczytaną etykę dobra-celu i etykę cnót Arystotelesa. W tym nurcie myślenia sytuuje się również próba zaadoptowania Arystotelesowskiego pojęcia celu do etyki medycznej przez Leona Kassa¹⁰. Celem medycyny według niego jest „działanie ludzkiego ciała według specyficznej dla niego doskonałości” (*an activity of the human body in with a specific excellence*), mówiąc prościej „dobre funkcjonowanie organizmu jako całości” (*well working of the human organism as a whole*)¹¹.

A. MacIntyre oprócz przywołania teleologicznej perspektywy w etyce, a wraz z nią pojęcia dobra i umożliwiających jego realizację cnót, mocno oddziałał przez swoją analizę celów wewnętrznych i zewnętrznych względem danej praktyki. „W moich badaniach – pisze E. Pellegrino – istotne jest MacIntyre'a rozróżnienie dóbr wewnętrznych i zewnętrznych względem danej praktyki. Wewnętrznymi dobrami są te, których realizacja gwarantuje osiągnięcie standardów doskonałości istotnych dla danej praktyki. Dobrami zewnętrznymi są te, które bezpośrednio nie uczestniczą w osiągnięciu celów charakterystycznych dla danej praktyki. Działalność medyczna też jest pewną praktyką i może być analizowana w powyższy sposób. Doskonałość w leczeniu jest dla niej dobrem wewnętrznym (*good internal to that practice*), a zarabianie pieniędzy jest względem niej dobrem zewnętrznym (*good external to that practice*)¹²”.

⁹ A. MacIntyre, *After Virtue: A Study in Moral Theory*, Notre Dame, Indiana 1981, tłum. polskie: *Dziedzictwo cnoty*, tłum. A. Chmielewski, Warszawa 1996.

¹⁰ L. R. Kass, *Regarding the end of medicine and the pursuit of health*, „The Public Interest” 40 (1975), s. 11–42; przedruk w: A. L. Kaplan, H. T. Engelhardt, Jr & J. McCartney (Eds.), *Concepts of health and disease*, Reading, MA: Addison-Wesley 1981, s. 3–30.

¹¹ Tamże, s. 29.

¹² E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine...*, dz. cyt., s. 562.

Cel medycyny nie jest tworem kultury, obyczajów, ale wynika z jej natury. Lekarz może mieć różne cele zewnętrzne związane z medycyną, ale potrafi dostrzec i rozróżnić te cele od celu wewnętrznego medycynie jako takiej. Przykładami celów zewnętrznych, wyznaczonych przez państwo medycynie mogą być inne czynności niż lecznicze, takie np. jak dokonanie sekcji zwłok, uczestnictwo w egzekucji, aborcji czy w ocenie czyjejs̄ poczynałności psychicznej w sądzie itp.

E. Pellegrino uważa za konieczne przywrócenie współczesnej medycynie perspektywy teleologicznej. Etyka, w tym etyka medyczna, tracąc określenie dobra-celu, utraciła swoje podstawy. Etyka troski o dobro pacjenta, dobroczynności w zaufaniu (*beneficence-in-trust*) jest lepszą propozycją niż pryncypializm T. L. Beauchampa i J. F. Childressa czy kontraktualizm R. Veatcha. Pojęcie dobra jest bowiem podstawowe i niezbędne dla formułowania norm, obowiązków (deontologizm *prima facie* duty), zasad (pryncypializm), reguł prowadzenia kontraktu moralnego (proceduralizm, kontraktualizm).

Zdaniem E. Pellegrino, pod koniec wieku XIII poprzez wiek XIV aż do naszych czasów współczesnych w różny sposób podkopywano podstawy etyki teleologicznej. Proces ten rozpoczął nominalizm poprzez odrzucenie realnego zakorzenienia uniwersaliów i istot w naturze rzeczy. W ten sposób zniszczył on związek między celem i dobrem. W. Ockham wywodził moralność z woli Bożej, a nie z natury człowieka. Podstawą moralności nie było już dobro – cel dążenia, lecz nakaz nieskrępowanej wolności Boga (teonomizm).

Destrukcyję etyki teleologicznej kontynuowano w czasach nowożytnych i współczesnych. Zdaniem E. Pellegrino „szczególne znaczenie miały w tym czasie cztery konceptualne kontrpropozycje: 1) zbudowanie przepaści między etyką a metafizyką, przez ułożenie dobra w woli, a etyki w czystym rozumie przez I. Kanta; 2) odrzucenie przez D. Hume'a jakiegokolwiek logicznego związku między „jest” a „powinien”, między faktem a wartością, oraz preferowanie przez niego w etyce uczuć ponad rozu-

mem; 3) deklaracja G. E. Moore'a, że dobro jest niedefiniowalną cechą, 4) postmodernistyczne dyskredytowanie wszelkich uzasadnień w filozofii moralnej, wraz ze skrajnym sceptycyzmem, podkopującym jakąkolwiek możliwość osiągnięcia przez rozum prawdy moralnej"¹³.

Stanowiska te wywarły olbrzymi wpływ na obecną filozofię moralności, a szczególnie na anglo-amerykańską teorię etyczną. „Etyka, zamiast poszukiwania dobra, przeszła do szukania praw, wartości oraz społecznych konwencji (*ethics has shifted from search for the good, to rights, values, and social convention*). Moralność jako taka pojmowana jest coraz bardziej w naszym liberalnym społeczeństwie jako kreowanie wyborów (*our choices*) i obyczajów (*mores*)”¹⁴.

Anglo-amerykańska filozofia moralności, zamiast odniesienia do transcendentego dobra, zajęła się dominującymi w danym społeczeństwie emocjonalnymi nastawieniami, uczuciami i preferencjami. Próbuje ona najwyżej osiągnąć jakąś koherencję, spójność tych emocjonalnych, społecznych przekonań. „Takie są właśnie »podstawy« – pisze E. D. Pellegrino – dominujących dziś koherencyjnych i społeczno-konstruktywistycznych teorii moralności. Teorie te są wprost antytezami tradycji prawa naturalnego, w której odwoływano się do transcendentnej moralnej rzeczywistości, jaką osoba może odkryć posługując się rozumem”¹⁵.

3. Cel medycyny – dobro pacjenta

Zarówno etyka Hipokratesa jak i Arystotelesa odwoływały się najpierw do dobra człowieka, a w etyce medycznej – do dobra pacjenta. Poszukiwaniu tego dobra poświęcił Arystoteles swoje traktaty etyczne. Na początku pierwszej księgi *Etyki nikomachejskiej*

¹³ Tamże, s. 567.

¹⁴ Tamże, s. 568.

¹⁵ Tamże, s. 568.

napisał: „Wszelkie zarówno działanie jak i postanowienie zdają się zdążać do jakiegoś dobra i dlatego trafnie określono dobro jako cel wszelkiego dążenia” (EN 1095a 1-3). Uznawał on medycynę jako przykładową aktywność *techné*, której celem jest zdrowie. Przyrównywał ją do innej aktywności tego typu, jaką jest nawigacja statkiem, której celem jest doprowadzić okręt do portu. Specyficzny cel tych czynności stanowi o ich naturze, a osiągnięty stawał się dobrem, o które chodzi. Ten który we właściwy sposób ten cel-dobro realizuje, nabywa sprawności czyli cnoty, uzdalniające go do coraz doskonalszej realizacji swej profesji. To właśnie cnoty intelektualne i moralne, według Arystotelesa, wraz z duchowymi, według Tomasza, prowadzą do pełni rozwoju osobowego człowieka, do szczęścia. Realizowane codziennie przez nas cele mogą być zgodne albo destruktywne względem celu ostatecznego, czyli celu człowieka jako takiego.

W historii filozofii moralności spotyka się błędne koncepcje dobra-celu osoby ludzkiej. Dla przewyciężenia egoizmu implikowanego skrajnie indywidualistyczną koncepcją człowieka proponowano pojęcie dobra jako konwencjonalnej, heteronomicznej, poza- i ponadosobowej rzeczywistości społecznej, państwowej, narodowej czy klasowej. Przedstawiciele opartych na tych ujęciach systemów społecznych głosili, że dobro danej społeczności jest dobrem wyższym, nadrzędnym niż dobro jednostki. Dobro osoby podporządkowywali dobru narodu (nazizm), dobru klasy (klasizm), a obecnie tzw. dobru ludzkości (globalizm). Bioetyka anglo-amerykańska dość wyraźnie – zauważa Pellegrino – posługuje się konstruktywistycznym, kontraktalistycznie formowanym pojęciem dobra osoby i pacjenta.

Tymczasem etyka arystotelesowsko-tomistyczna i chrześcijańska stawia u podstaw etyki dobro osoby ludzkiej. To ono jest nadrzędnym celem działania. Ponieważ jest ono zbyt ogólnie określone, dlatego wielu bioetyków, zamiast jego uszczegółowienia w kontekście działań medycznych, odrzuciło je na rzecz konfliktu dóbr. W ten sposób współczesna bioetyka ugrzęzła w godzeniu konfliktów, interesów i korzyści. Konflikty te okazywały

się nierozwiązalne, ponieważ od początku nie wiadomo było, które z dóbr jest nadrzędne i porządkujące inne. „Nie da się konfliktów inaczej przewyciężyć, jak tylko przez odniesienie różnorodnych dóbr szczegółowych do pierwotnie zdefiniowanego dobra, które ma pierwszeństwo przed innymi dobrami”¹⁶.

Dla bliższego określenia specyficznego *telos* medycyny należy – zdaniem E. Pellegrino – sięgnąć do natury tego typu aktywności ludzkiej, do relacji lekarz – pacjent, ujawniającej swoje istotne cechy w sytuacji klinicznej. Relacja ta nie jest konstruktem obyczajów, lecz wyznaczona jest realną sytuacją człowieka. Konstytuują ją 1) fakt choroby (*fact of illness*), 2) czynność danej profesji (*act of profession*) i 3) czyn leczenia (*act of healing*)¹⁷. Choroba nie jest zjawiskiem kulturowo-obyczajowym, lecz rzeczywistością realną i egzystencjalną, stanowiącą o tym, że ktoś staje się pacjentem, osobą potrzebującą profesjonalnej pomocy, zwracającą się do lekarza, który zgodnie ze swoją powołaniem i przygotowaniem ma tej pomocy udzielić. W ten sposób tworzy się specyficzna relacja lekarz – pacjent, której naturę najlepiej wyraża zasada *salus aegroti suprema lex*. Jest to międzyosobowa relacja dobroczynności w zaufaniu (*beneficence-in-trust*). „Ukierunkowuje ona wiedzę, technikę i zaangażowanie lekarza czy pielęgniarki, by zrealizować *telos* tej relacji – by pomóc i leczyć”¹⁸. Poszczególne akty diagnostyczne, prognostyczne i terapeutyczne zmierzają do osiągnięcia tego celu.

Na dobro pacjenta składają się – zdaniem E. Pellegrino – cztery składowe elementy: 1) dobro medyczne (*medical good*) określone wskazaniem medycznymi, 2) dobro przeżywane przez pacjenta według jego planów życiowych i oceny własnej sytuacji (*patient's*

¹⁶ „These conflicts can only be resolved by reference to a primary defining good, which takes priority over other goods” – tamże, s. 566.

¹⁷ Edmund D. Pellegrino, *Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions*, „Kennedy Institute of Ethics Journal” 5 (1995), nr 3, ss. 253–277, 267.

¹⁸ Tamże.

concept of his own good), 3) dobro pacjenta jako osoby (*good of the patient as a person*) i 4) dobro duchowe pacjenta (*spiritual good*)¹⁹.

Dobro medyczne wyznaczone jest przez aktualną wiedzę medyczną, sztukę lekarską, w której olbrzymią rolę odgrywają naukowe, techniczne i praktyczne zdolności lekarza, pozwalające mu właściwie wykorzystać posiadaną wiedzę i użyć właściwych środków do leczenia danej choroby. Dobrem tym jest przywrócenie fizjologicznych funkcji ciała i umysłu pacjenta, uwolnienie go od bólu poprzez użycie środków medycznych, operacje, psychoterapię itp.

Dobro to jest dobrem instrumentalnym, którego pragnie pacjent, a które realizuje lekarz poprzez swoje kompetencje medyczne i słuszne decyzje. Ponieważ jest ono dobrem zasadniczym dla medycyny, często jest mylone z pełnym dobrem pacjenta. Mimo że jest ono dobrem niezbędnym, to jednak nie jest dobrem wystarczającym we właściwie pojętej medycynie. Musi być ono zharmonizowane z innymi wymiarami dobra pacjenta. Inaczej prowadzi do dehumanizacji medycyny i depersonalizacji samej relacji lekarz - pacjent.

Stąd konieczność zainteresowania się dobrem przeżywanym przez pacjenta. Chodzi o jego osobiste preferencje, wartości i wybory; o to, jak on chce przeżywać swoje życie, jak widzi on dobrodziejstwa i ciężary zaproponowanego leczenia. W dobru tym odbija się w jakiś sposób niepowtarzalność każdej osoby i specyficzność jej świata wartości. Wchodzi tu w grę wiek, status, zawód, zaangażowanie społeczne, kulturowe i religijne. „Aby służyć osobistemu dobru pacjenta, dobro medyczne musi być umiejscowione w kontekście planu życiowego i sytuacji życia tego oto pacjenta”²⁰.

Dobro medyczne i dobro osobiste pacjenta należy następnie odnieść do dobra człowieka jako takiego, czyli do dobra osoby.

¹⁹ E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *For the Patient's Good...*, dz. cyt., s. 74-91; tenże, *The Internal Morality of Clinical Medicine...*, dz. cyt., 569.

²⁰ E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine...*, dz. cyt., 569.

Tego właśnie dobra poszukiwał Arystoteles i św. Tomasz jako *telos* ludzkiego życia. Jest to dobro właściwe człowiekowi. W charakterystyce tego dobra ważne jest uszanowanie godności ludzkiej, traktowanie osoby jako celu samego w sobie, a nie jako środka do osiągnięcia innych celów. Wsobna wartość osoby nie może być określana na podstawie zdrowia, wykształcenia czy pozycji społecznej. To właśnie relacja lekarz – pacjent ma być zbudowana na odniesieniu do osoby jako takiej, a nie na jej różnych cechach. Na podstawie afirmacji godności osoby możemy formułować dalsze zasady zachowania się wobec niej: takie jak zasada dobroczynności, nieszkodzenia, autonomii i sprawiedliwości. W amerykańskiej bioetyce zasady te przyjmowane są jako oczywiste *prima facie*. Podstawą ich przyjęcia nie tyle jest godność osoby, ale obyczajowość społeczna (*common morality*). Nie jest to mocne i właściwe uzasadnienie moralności względem osoby i pacjenta. Zmieniające się obyczaje i przekonania społeczne mogą bowiem też zmienić moralne zachowania względem osoby. W etyce klasycznej i personalistycznej dobro człowieka jest niezależne od umowy i obyczajów społecznych. Ugruntowane jest ono w jego godności i w jego naturze. Nie może być konwencjonalnie ustalane. Wyklucza to, co np. dopuszcza choćby konwencja bioetyczna, pozwalając, aby poszczególne państwa określały czy embriion ludzki jest istotą ludzką czy nie i by przyznawały mu lub odbierały należne mu z natury prawo do życia.

W sytuacji klinicznej dobro medyczne i dobro osobiste pacjenta musi być spójne i musi wspierać dobro człowieka jako takiego. Jeśli lekarz ignoruje dobro osobiste pacjenta, narusza dobro osoby jako istoty racjonalnej, wolnej, zdolnej do autodeterminacji. Jeśli podważa wartość życia biednego lub upośledzonego, czyni to samo. Jeśli wystawia pacjenta na ryzyko niewspółmierne do korzyści, nawet jeśli pacjent wyraził zgodę, narusza zasadę dobroczynności i unikania zła.

Poza dobrami materialnymi człowiek ceni dobra duchowe. Można je wiązać z przeżywaną przez niego religią, ale są to dobra szersze niż tylko religijne. Chodzi o te dobra, które nadają życiu

ludzkiemu ostateczny sens. Dla nich człowiek dokonuje największych poświęceń. Za tymi dobrami stoją osobiste przekonania drugiego człowieka, jego wiara i religia. W klasycznym ujęciu człowieka, z punktu widzenia jego cielesno-duchowej natury, duchowe przeznaczenie człowieka jest ostatecznym dobrem. Wpisane w nas prawo natury ludzkiej pozwala drogą rozumu odkryć nasze skierowanie do Absolutu, nasze ostateczne przeznaczenie.

Nie jest łatwo zharmonizować tych czterech rodzajów dobra pacjenta. Może być bowiem tak, że dobro wynikłe z osobistych życzeń pacjenta przekreśla inne wymienione dobra. To znów inne działania czy to osobiste, społeczne, naukowe np. saookaleczenie, eksperymenty na embrionach, eutanazja – przekreślają dobro osoby jako takiej, lub jej dobra duchowe. „Dobro osobiście uznane przez pacjenta – pisze E. Pellegrino – nie może się stać prawem moralnym. Musi być poddane testowi moralnej słuszności wyznaczonej przez bardziej fundamentalne źródła dobra niż preferencje pacjenta. Danie pierwszeństwa dobru preferowanemu przez pacjenta absolutyzuje jego autonomię i przekreśla autonomię lekarza”²¹. Żądanie, aby lekarz w swej moralnej aktywności był moralnie, aksjologicznie neutralny, jest zadaniem przekreślającym jego człowieczeństwo i jego profesję. „Lekarz tak samo jak pacjent nie może być użyty jako środek”²². Etyczne konflikty, które mogą powstać między lekarzem, pacjentem, rodziną czy innymi pracownikami służby zdrowia, nie mogą usprawiedliwiać utylitarystycznego, legalistycznego, libertariańskiego okaleczenia celu medycyny, zniekształcać dobra pacjenta czy dobra lekarza. Etyka nie może być sprowadzana do taktyki rozwiązywania konfliktów.

²¹ „To give supremacy to the patient's definition of his own good over the other levels of good is to absolutize the patient's autonomy and to violate the autonomy of the physician” – tamże, s. 572.

²² Tamże; zob. Edmund D. Pellegrino, *Commentary: Value Neutrality, Moral Integrity, and the Physician*, „Journal of Law, Medicine and Ethics” 28 (2000), nr 1, s. 78–81.

Schemat integracji czterech rodzajów dóbr można zastosować również do innych zawodów. W każdym z nich będzie chodziło o te cztery poziomy dobra, czyli o 1) dobro techniczne wynikłe z danej profesji, 2) dobro widziane przez człowieka, któremu nasza profesja np. prawnika, nauczyciela, księdza ma służyć, 3) dobro osoby jako takiej i 4) dobro duchowe.

Dobra te w każdej profesji posiadają tę samą hierarchię. Zdaniem E. Pellgrino dobra duchowe są najwyższej, później dobra osoby jako takiej, następnie dobro tak jak je widzi dla siebie drugi człowiek, i na najniższym poziomie – dobro techniczne realizacji celu danego zawodu. Z punktu widzenia danej profesji działanie jest słuszne (*right*), jeśli na pierwszym miejscu podporządkowuje się realizacji celu tej *technie*; jest dobre (*good*), jeśli podporządkowuje się trzem następnym wymiarom dobra.

W działaniu dla dobra pacjenta bardzo trudno jest połączyć decyzję technicznie słuszną (*right*) z decyzją moralnie dobrą (*morally good*). Można to jedynie osiągnąć poprzez nabycie przez lekarza odpowiednich cech charakteru, sprawności, czyli cnót. Cnota w sensie Arystotelesa to „trwała dyspozycja, dzięki której człowiek staje się dobry i dzięki której spełniać będzie należycie właściwe sobie funkcje” (EN 1106a 22–25). Chodzi o trwałe dyspozycje potrzebne do spełniania danego zawodu: zawodu lekarza, prawnika, nauczyciela, które umożliwią osiągnięcie celu tej profesji, czyli dobra, o które w każdej z niej chodzi. W wykonywaniu powołania lekarza niezbędne są – zdaniem E. Pellegrino – następujące cnoty: 1) wierność i stałość w zaufaniu (*fidelity to trust and promise*), bez której nie jest możliwa interpersonalna relacja pacjent – lekarz i właściwe leczenie, 2) trzymanie w ryzach swoich korzyści (*effacement of self-interest*), gdyż chory łatwo podatny jest na zranienia, jest zależny od potęgi lekarza i medycyny, 3) intelektualna uczciwość (*intellectual honesty*), aby pacjent znał prawdę i świadomie włączał się w leczenie, 4) współczucie (*compassion and caring*), gdyż zrozumienie uczuć ludzkich jest nieodzowne we właściwym leczeniu, 5) odwaga (*courage*) w realizacji dobra pacjenta w erze komercjalizacji, depersonalizacji i ekonomizacji ży-

cia zawodowego, w tym również medycyny, 6) sprawiedliwość (*justice*) i roztropność (*prudence*) we włączeniu dobra wynikłego z użycia techniki, w dobro pacjenta i w dobro osoby²³. Etyki troski o dobro pacjenta nie da się zrealizować bez etyki cnót (*virtue-based ethics*)²⁴.

W wyniku wyraźnego ujęcia dobra pacjenta można też rozstrzygnąć, której zasadzie w bioetyce, np. autonomii, sprawiedliwości czy dobroczynności, należy przyznać pierwszeństwo. „Dobroczynność – pisze D. E. Pellegrino – staje się *primum principium* wszelkiej etyki, ogólnej jak i zawodowej, a to dlatego, że jej podstawowym celem jest czynienie dobra i unikanie zła”²⁵. Aby nie prowadziła ona do paternalizmu, należy ją realizować poprzez zaufanie (*beneficence-in-trust*). Pacjent nie ma wyboru, musi zaufać lekarzowi. Na lekarzu ciąży odpowiedzialność, aby tego zaufanie nie zniszczyć. Ono bowiem umożliwia właściwą realizację dobroczynności.

Podsumowując można powiedzieć, że Pellegrino sformułował jakiś zarys całościowej filozofii medycyny. Przeanalizował zasadnicze jej fakty: fakt choroby, akt medycyny i akt leczenia, przywołał *telos* tej specyficznej aktywności, dookreślił go w postaci czterech dóbr składających się na dobro pacjenta; rozróżnił dobra wewnętrzne i zewnętrzne względem praktyki medycznej! Do etyki dobra pacjenta włączył etykę cnót profesji medycznej, przysposobił do niej etykę zasad albo norm zwaną etyką dobroczynności w zaufaniu.

²³ E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine...*, dz. cyt., s. 576. Opracowanie poszczególnych cnót zob. E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, dz. cyt.; E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The Christian Virtues in Medical Practice*, dz. cyt.

²⁴ Dyskusja wokół tej propozycji zob. R. M. Veatch, *Justice in health care: the contribution of Edmund Pellegrino*, „Journal of Medicine and Philosophy” 15 (1990), nr 3, s. 269–287; H. T. Engelhardt, *The crisis of virtue: arming for the cultural wars and Pellegrino at the limes*, „Theoretical Medicine” 18 (1997), s. 156–172; F. D. Davis, *Phronesis, clinical reasoning, and Pellegrino’s philosophy of medicine*, „Theoretical Medicine” 18 (1997), s. 173–195.

²⁵ E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine...*, dz. cyt., s. 576.

Edmund D. Pellegrino's concept of the aim of medicine Summary

The article constructs a concept of the goal of medicine. The author begins with the relation doctor-patient, which should be shaped by the principle of beneficence-in-trust. Beneficence requires a definition what good it concerns. The article mentions Pellegrino's four ingredients of patient's good. The good consists of a) medical good, b) good experienced by the patient, c) patient's good as person and d) spiritual good of the patient. One of the fundamental conditions of realising the goal of medicine is an integral approach to the ingredients of that good of the patient and the doctor's acquiring of skills proper to his profession, i.e. virtues which enable him to realise this good properly.

