

ETIKA

wobec współczesnych dyktatorów
pod redakcją Krzysztofa Kalki i Andrzeja Papuzińskiego



Bydgoszcz 2006

Komitet Redakcyjny
Jan Grajewski (*przewodniczący*), Adam Boratyński,
Ryszard Gerlach, Henryk Kaźmierczak, Joanna Mianowska,
Dorota Skublicka (*sekretarz*)

Recenzent
Włodzimierz Tyburski

Projekt okładki
Monika Owieśna
fot. Łukasz Owieśny

Redaktor
Grażyna Jarzyna

© Copyright by Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego,
Bydgoszcz 2006

ISBN 83-7096-597-0

Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego
(Członek Polskiej Izby Książki)
ul. Powstańców Wielkopolskich 2, 85-090 Bydgoszcz
tel./fax 052 322 52 74, c. 052 321 61 66
e-mail: wydaw@ukw.edu.pl www.wydawnictwo.ukw.edu.pl
skład: P.M. LOGO 052 340 18 52
Rozpowszechnianie tel. 052 340 09 42, tel. 052 360 87 16,
Druk: Dział Poligrafii UKW 052 341 20 45
Poz. 1124 Ark. wyd. 22

Spis treści

Wstęp	9
-------------	---

I. ETYKA OGÓLNA – PROBLEMY ZAWSZE AKTUALNE

ANNA LATAWIEC

W poszukiwaniu istoty dylematów etycznych	19
---	----

HALINA ROMANOWSKA-ŁAKOMY

Etyka w obronie bezinteresowności	34
---	----

ALDONA MOLESZTAK

Godność jako fundament rozwiązywania dylematów moralnych	44
--	----

MAREK PEPLIŃSKI

Autonomia czy heteronomia? Wybrane aspekty aktualnych sporów związanych z poznaniem etycznym	55
---	----

WOJCIECH TORZEWSKI

Etyka poza opozycją: relatywizm – ostateczne uzasadnienie	64
---	----

BOŻENA LISTKOWSKA

Przyczyny współczesnych dylematów etycznych według profesora Mieczysława Gogacza	76
---	----

PIOTR DOMERACKI

Samotność moralna – moralność samotności. Wybrane konteksty	85
---	----

MARCIN JARANOWSKI

Kondycja moralności w epoce przyspieszenia	109
--	-----

II. BIOETYKA – W KIERUNKU NOWYCH ROZWIĄZAŃ

WITOLD TULIBACKI

Etyka a biologiczne determinacje zachowań moralnych	119
---	-----

TADEUSZ BIESAGA

Autonomia a dobroczynność w bioetyce	132
--	-----

LESZEK GAWOR	
Spór o wartość ludzkiego życia we współczesnej bioetyce	140
KRZYSZTOF KALKA	
Etyka a zagadnienie aborcji	148
WIESŁAW DYK	
Związek człowieka i zwierzęcia w świetle badań naukowych	160
JERZY BRUSIŁO	
Prawo do śmierci. Życie czy wolność?	172
ADAM PŁACHCIAK	
Moralne problemy decyzji o życiu i śmierci wobec dzieci nieuleczalnie chorych	185
MARCIN LEŻNICKI	
Reprogenetyka a problem tożsamości osobowej	198
AGNIESZKA RUDZIEWICZ	
Dawna eugenika – nowe problemy? Francis Galton i współczesna medycyna	210
ZOFIA BULANDA	
Etyczne aspekty przeszczepów <i>ex mortuo</i>	222
III. ETYKA SZCZEGÓŁOWA – OBSZARY WSPÓŁCZESNYCH DYLEMATÓW	
JAN WAWRZYNIAK	
Główne trendy i zagadnienia współczesnej etyki stosowanej	233
WIESŁAWA WOŁOSZYN-SPIRKA	
Realistyczna koncepcja człowieka podstawą budowania rudymentów etyki zawodowej nauczyciela	251
ARTUR ANDRZEJUK	
Etyka „zadekretowana”? Dylematy moralne pracownika nauki	255
DOMINIKA KOŚCIUKIEWICZ	
Etyka zawodowa nauczyciela akademickiego w świetle antropologii filozoficznej św. Tomasza z Akwinu	269
JOANNA BYRSKA	
Etyczność współczesnego prawa	277

WŁODZIMIERZ LUKIEWICZ	
Etyka dziennikarska wobec sportu: fair & foul	288
ANDRZEJ KMIECIK	
Metodologiczny aspekt konstrukcji etyki technologii informacyjnej	298
ZBIGNIEW HULL	
Ekofilozofia i etyka środowiskowa – czy etyka środowiskowa jest częścią ekofilozofii?	309
DARIUSZ LISZEWSKI	
Czy etyka ochrony zwierząt należy do etyki środowiskowej?	319
ANDRZEJ PAPUZIŃSKI	
Polityka edukacyjna na rzecz zrównoważonego rozwoju w Polsce w świetle aksjologii zrównoważonego rozwoju	331
Summary	356

TADEUSZ BIESAGA
Papieska Akademia Teologiczna
Kraków

Autonomia a dobroczynność w bioetyce

Paternalizm i autonomizm

W latach 1970 do 1980 w angloamerykańskiej bioetyce przeprowadzono dość ostrą krytykę paternalizmu w praktyce medycznej. Sądzono nawet, że cała medycyna od czasów Hipokratesa była paternalistyczna i należy ją wyraźnie zmienić. Krytykę paternalizmu podjęto w imię obrony autonomii pacjenta. Szczególnie eksplikowano ją skrajnie w latach 1980–1990. Sformułowanie bioetyki czterech zasad (tzw. principizmu) przez Toma L. Beauchampa i Jamesa F. Childressa w ich pracy *Principles of Biomedical Ethics (Zasady etyki medycznej)* opublikowanej pierwszy raz w 1979 roku, nie zakończyło sporu, albowiem treść wymienionych zasad tej bioetyki, czyli autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości, nie została przez nich bliżej określona, co prowadziło do wzajemnego konfliktu tych zasad, w tym szczególnie do konfliktu autonomii pacjenta z autonomią i dobroczynnością lekarza, a nawet ze sprawiedliwością¹. W konflikcie tym szczególnie promowano autonomię pacjenta jako zasadę pierwszą i nieodzowną. Absolutyzacja autonomii inspirowała tworzenie różnych modeli etyki lekarskiej, które zniekształcały zarówno właściwe rozumienie relacji lekarz-pacjent, jak i celu medycyny. Przyjrzyjmy się niejako negatywnym efektem tego sporu i poszukajmy pozytywnej propozycji.

Paternalizm w najogólniejszym znaczeniu nawiązuje do postawy ojca rodziny, który, zdając sobie sprawę, że małe dzieci nie są zdolne do świadomych i uzasadnionych wyborów, troszczy się o ich dobro bez uwzględniania ich zdania w tej sprawie. Swe pejoratywne czy negatywne znaczenie

¹ Zob. B. Chyrowicz, *Bioetyka prima facie*, „Znak” 1998, nr 515/4, s. 156-160.

zyskał, gdy został zastosowany wobec ludzi dorosłych, zdolnych do podejmowania decyzji w sprawie własnego dobra. Traktowanie ich bowiem jak dzieci pomijało istotną cechę istot zdolnych do świadomej odpowiedzialność za siebie.

Paternalizm w medycynie jest krytykowany za to, że stosuje tego typu, wprawdzie dobroczynne, ale autorytarne podejście do pacjenta. Przejawia się ono np. w działaniu lekarza, który dla dobra pacjenta podejmuje jego terapię, ale pomija przy tym lub ogranicza jego autonomię. Przekreśla tym samym partnerstwo i świadome uczestnictwo pacjenta w terapii.

Dla bliższego sprecyzowania paternalizmu w medycynie, wyróżniono w literaturze bioetycznej paternalizm umiarkowany (*soft, weak*) i paternalizm radykalny (*hard, strong*)². „W paternalizmie umiarkowanym – pisze Joel Feinberg uznaje się za słuszne przeciwstawienie się czyjemuś, skierowanemu przeciw sobie, szkodliwemu działaniu, wtedy gdy jest ono wyraźnie niedobrowolne (*nonvoluntary*), lub kiedy konieczna jest chwilowa interwencja, dla ustalenia, czy jest ono dobrowolne, czy nie”³. Na przykład dopuszczalne jest ograniczenie autonomii pacjenta po wypadku lub pacjenta chorego psychicznie, którego działania nie są dobrowolne, skierowane są przeciw własnemu życiu, w następstwie szoku czy depresji. Paternalizm radykalny posuwa się dalej, twierdząc, że wolno przeciwdziałać szkodliwemu działaniu pacjenta również wtedy, gdy przypuszczamy, że jest ono podjęte przez niego autonomicznie, dobrowolnie.

Podobnie definiuje paternalizm David Thomasma. Radykalny paternalizm (*strong paternalism*) dopuszcza – jego zdaniem – działanie wbrew kompetentnym decyzjom pacjenta, natomiast umiarkowany paternalizm (*weak paternalism*), kierując się najlepszym interesem chorego, dopuszcza podjęcie działań albo na podstawie domniemanej zgody pacjenta (*presumed wishes*), albo na podstawie usprawiedliwionego braku zgody (*is not competent to give consent*), w przypadku jego małoletniości czy ciężkiej choroby⁴.

Chociaż krytyka pewnych przejawów autorytaryzmu w praktyce medycznej słusznie uwypukliła rolę pacjenta, jego godność i wolność, to jednak absolutyzacja autonomii u podstaw etyki medycznej przyniosła też wiele szkód. Działo się tak dlatego, że po pierwsze: pojęcie autonomii czerpano z nurtów sceptycznych, podważających zdolność rozumu do rozpo-

² J. Feinberg, *Legal paternalism*, „Canadian Journal of Philosophy” 1971, nr 1, s. 105-124; D. Thomasma, *Beyond medical paternalism and patient autonomy: a model of physician conscience for the physician-patient relationship*, „Annals of Internal Medicine” 1983, nr 98, s. 243-248.

³ J. Feinberg, *Legal paternalism...*, s. 113.

⁴ D. Thomasma, *Beyond medical paternalism...*, s. 244.

niania obiektywnego celu medycyny, prawdziwego dobra osoby, pacjenta; a po drugie: pojęcie autonomii związane było z dualistyczną antropologią odziedziczoną w spadku po Kartezjuszu czy Kancie, w której czystą wolność przeciwstawiono wszystkiemu, co cielesne, jako względem niej heteronomiczne i jej zagrażające. W konsekwencji uznanie zdrowia za dobro, dobro ciała pacjenta, a nawet dobro jego psychiki, zostało uzależnione od jego decyzji, a więc przestało być obiektywnym dobrem człowieka jako takiego. Poza tym, rozumienie relacji międzyludzkich zaczerpnięto z naturalistycznych interpretacji naszych zachowań, inspirowanych teorią walki egoistów Thomasa Hobbesa czy teorią walki o byt Karola Darwina, a nawet walki klas Karola Marksa.

W tym kontekście spór paternalizm-autonomizm okazał się sporem dwóch form tego samego indywidualizmu, sporem egoistycznej wolności pacjenta i egoistycznej wolności lekarza⁵. Zabrakło w nim odwołania się do obiektywnego celu medycyny, obiektywnego dobra pacjenta i wyznaczenia na tej postawie zasad dobroczynnego działania. To właśnie sama indywidualna decyzja, niezależnie jaki czyn wyzwala, stała się źródłem dobra. Takie rozumienie autonomii prezentują choćby Robert Veatch czy Hugo Engelhardt. Dla pierwszego autonomia nadaje każdemu czynowi „znamię słuszności (*right-making characteristic*) niezależnie czy czyn jest dobry, czy zły. (...) Respektowanie takiej autonomii jest moralnym obowiązkiem, nawet wtedy gdy nie prowadzi ona do jakiegokolwiek dobra”⁶. W ten sposób autonomia postawiona jest przed i ponad dobrem pacjenta. Podważa ona obiektywny świat wartości. Odtąd w pluralistycznym świecie można będzie mówić o pluralizmie przeróżnych wartości, uznanych za takie aktem decyzji. Wartości te nie posiadają więc żadnego transcendentnego uzasadnienia poza własną wolnością i – jak chce utylitaryzm – poza własną korzyścią. W ten sposób, z punktu widzenia zabsolutyzowanej i egoistycznej wolności, zaczęto ustawiać relację pacjent-lekarz, proponując różne jej modele.

Autonomia a różne modele relacji lekarz-pacjent

W literaturze bioetycznej wymienia się model legalistyczny, w którym z jednej strony jest lekarz, a z drugiej klient (*legalistic model: physician-client*),

⁵ E. D., Pellegrino, D. C. Thomasma, *For the patient's good: The restoration of beneficence in health care*, Oxford University Press, New York 1988, s. 49.

⁶ R. M. Veatch, *Justice in health care: the contribution of Edmund Pellegrino*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 1990, nr 15, nr 3, s. 280.

model ekonomiczny lub biznesowy, konsumencki, w którym lekarz ma do czynienia z konsumentem (*economic, consumer model: physician-consumer*), model negocjacyjny i kontraktalistyczny, w którym relacja między lekarzem a pacjentem ogranicza się do negocjacji lub do zawarcia kontraktu (*negotiated contract model*) oraz model religijny (*religious model*), w którym relacja między lekarzem a pacjentem jest rozumiana jako przyrzeczenie, zobowiązanie moralne i religijne (*covenant*)⁷.

W modelu konsumpcyjnym lekarz traktowany jest jako sprzedawca produktów medycznych. Funkcjonuje on na podobnych zasadach jak inne usługi handlowe na wolnym rynku. Powinien proponować swoje sposoby leczenia, poinformować pacjenta o korzyściach i ryzyku, jakie ponosi, i oczywiście o kosztach. Może sformułować jakąś radę, ale nie powinien wpływać na czyjąś decyzję. To, co pacjent uzna za korzystne dla siebie, jest decydujące, choćby nie było zgodne z wiedzą medyczną lekarza czy z jego sumieniem. Obowiązki lekarza ograniczone są do podania fachowych informacji, do wsłuchiwanie się w życzenia pacjenta i przyjęcia jego decyzji. Pacjent decyduje, co wybierze i co kupi z supermarketu medycznego⁸.

W modelu negocjacyjnym lekarz i pacjent prowadzą dyskusję o tym, co uznać za wartościowe zarówno w dziedzinie wartości moralnych, jak i wartości witalnych, jaką jest zdrowie. Poza autonomią inne zasady bioetyczne są traktowane jako obojętne. Negocjacje decydują, co jest dobre, a co złe. Jeśli pacjent sobie czegoś życzy i lekarz to zaakceptuje, to wszystko w tych ramach jest dobre: np. rezygnacja z leczenia, asystencja przy samobójstwie czy aktywna eutanazja. To nie natura relacji pacjent-lekarz determinuje treść negocjacji czy treść kontraktu, ale odwrotnie – procedury negocjacyjno-kontraktalistyczne determinują rozumienie tej relacji i stosowne zasady działania.

W modelu kontraktowym każdej z dwu antagonistycznych, nieufnych i podejrzliwych autonomii chodzi o zawarcie korzystnego dla siebie kontraktu. W tym celu pacjent może prowadzić negocjacje w asyście opłaconych przez siebie lekarzy ekspertów oraz swoich prawników, którzy będą czuwać nad tym, aby z lekarzem będącym wykonawcą usługi zawrzeć jak

⁷ D. Thomasma, *Beyond medical paternalism...*, s. 243; J. Ezekial, Emanuel and Linda Emanuel, *Four models of the physician-patient relationship*, „Journal of the American Medical Association” 1992, nr 267/16, April 22/29, s. 2221-2226; E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The virtues in medical practice*, Oxford University Press, New York, Oxford 1993, s. 56; D. K. Donovan, *The physician-patient relationship*, [w:] *The health care professional as friend and healer. Building on the work of Edmund D. Pellegrino*, (red.) D. C. Thomasma, J. L. Kissell Georgetown University Press, Washington 2000, s. 13-23.

⁸ D. K. Donovan, *The physician-patient relationship...*, s. 19.

najbardziej korzystny dla siebie kontrakt. Lekarz wykonawca, lękając się podpisania niekorzystnie sformułowanej dla siebie umowy, też musi zasiąść do negocjacji ze swoimi prawnikami, którzy będą czuwać nad korzystnym dla niego sformułowaniem kontraktu. Każda strona chce osiągnąć korzyści kosztem drugiej. Pacjent chce wynegocjować maksymalne korzyści za maksymalnie niską cenę. Lekarz odwrotnie – chce spełnić mało wymagające życzenia pacjenta, za wysoką cenę, chce – unikając trudnych żądań – wykluczyć ryzykowne zobowiązania, których niespełnienie skończyłoby się rozprawą i wyrokiem. Musi on też przewidywać, że pacjent chce wynegocjować zobowiązania, których nie da się spełnić, aby później otrzymać za to wysokie odszkodowanie. Tego rodzaju podejrzliwość i nieufność, rozwijana po obu stronach relacji lekarz-pacjent, będzie sprzyjać rozwojowi biurokracji, bogaceniu się prawników, którzy towarzysząc obu stronom, zarówno przed leczeniem, w trakcie leczenia, jak i po jego zakończeniu, będą mogli najwięcej skorzystać z terapii pacjenta i ciężkiej pracy lekarza. Lekarz kontraktowy, mimo że w trakcie leczenia odkrył lepsze metody terapii, dla swego bezpieczeństwa musi się trzymać procedur zapisanych w kontrakcie.

Konstruowanie i egzekwowanie kontraktu instytucjonalizuje wzajemną nieufność, gdyż kontrakt grozi sądem. Lekarzowi nie będzie więc zależeć na rzeczywistym wyleczeniu pacjenta, ale na legalnym spełnieniu wymagań kontraktu. „Nie ma żadnych dowodów na to – zaznacza Edmund Pellegrino – że relacja bazująca na nieufności i kontrakcie bardziej chroni autonomię pacjenta, jak ta bazująca na zaufaniu, na przyrzeczeniu i zobowiązaniu”⁹.

W rzeczywistości model konsumpcyjno-kontraktalistyczny dehumanizuje naturę relacji lekarz-pacjent, a przez to niszczy etos lekarski, i właściwie pojęty cel i powołanie lekarskie. W tym ujęciu relacja lekarz-pacjent jest relacją proceduralną, instrumentalną i legalistyczną. „Kreowana w tym modelu etyka jest jedną z tych – pisze E. Pellegrino – która w najmniejszym stopniu pobudza osobowe zaangażowanie i zaufanie (*is one of minimal personal commitment and trust*). W rzeczywistości rozwija ona bardziej nieufność niż zaufanie. Niszczy etos medycyny, ponieważ strony kontraktu nadają etyce medycznej dowolne, wybrane przez nich znaczenie. Za jedyne zło moralne uważają niewystarczające przestrzeganie przyjętego kontraktu”¹⁰.

W modelu tym błędnie przyjmuje się z góry równość podmiotów w sile negocjacji kontraktu. „Pacjent jest istotą cierpiącą i podatną na zranienie,

⁹ E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The virtues in medical practice*, New York, Oxford, Oxford University Press 1993, s. 57.

¹⁰ Tamże s. 56.

potrzebuje pomocy, nie ma możliwości by sobie samemu pomóc, jest w bólu, w zaniepokojeniu, w lęku, a być może w rozpacz. Trudno sobie wyobrazić zawieranie ważnego kontraktu, w którym jedna ze stron jest tak zależna od drugiej, od informacji koniecznych dla dokonania wyboru, od kompetencji drugiej strony w realizacji decyzji, która została podjęta¹¹. Fakt choroby pacjenta i jej kompetentna znajomość przez lekarza daje mu olbrzymią przewagę w tym kontrakcie. Osobisty charyzmat lekarza wraz z jego wiedzą daje mu nieograniczone możliwości wpływu na decyzje pacjenta. Monopolizacja wiedzy medycznej umożliwia lekarzowi specjalistyczne działania, niezależne od wynegocjowanego kontraktu, który zawsze jest czymś ogólnym. Nie jest on moralnie zobowiązany użyć wszystkich możliwości dla leczenia pacjenta, lecz jedynie, by spełnić wynegocjowany kontrakt. W ten sposób konsumpcyjno-kontraktalistyczny model szkodzi przede wszystkim pacjentowi.

Absolutyzacja roli fenomenalistycznie, deskryptywnie i funkcjonalistycznie rozumianej autonomii pozwala też takim bioetykom, jak: Hugo Engelhardt, Peter Singer, Zbigniew Szawarski wykluczać pewnych ludzi z grona osób i podważać ich prawo do życia. W ten sposób tacy pacjenci, jak: embrion ludzki, noworodki, dzieci i niepełnosprawni dotknięci ciężkimi wadami, psychicznie i terminalnie chorzy, wykluczani są z grona osób, a to z tej przyczyny, że nie ujawniają oni aktualnie aktów autonomii i odpowiedzialności za swoją przyszłość i swoje interesy. Tą drogą promowanie autonomii pacjenta zostało skierowane przeciw niemu samemu, przeciw najsłabszym, ciężko chorym i stało się zasadą usprawiedliwiającą eliminację słabych przez silnych.

Autonomizm niszczy również wolność i sumienie lekarza. Proponuje on bowiem, aby napięcia między dwiema absolutnymi autonomiami rozstrzygnąć poprzez eliminację spornych wartości. Mechanizm jest prosty: to, co drażni pacjenta, klienta, konsumenta, trzeba wyeliminować. Lekarz ma być neutralny. Ma pozbyć się swego świata wartości i sumienia. Nie tylko ma akceptować wszystko, czego klient i konsument sobie życzy, ale ma eliminować swój świat wartości, również ten wynikający z etosu jego zawodu¹². W ten sposób medycyna i lekarz stają się agencją usługową, spełniającą zachcianki społeczeństwa i dyrektywy państwa.

¹¹ Tamże.

¹² E. Pellegrino, *Commentary: Value neutrality, moral integrity and physician*, „Journal of Law, Medicine and Ethics” 2000, nr 1, s. 78-81.

„Dobroczynność-w-zaufaniu” u podstaw etyki medycznej

Zdaniem Edmunda Pellegrino tym, co pozwala przewyciężyć słabości zarówno paternalizmu, jak i autonomizmu, jest właściwe rozumienie celu medycyny, jako specyficznej praktyki oraz właściwe rozumienie relacji lekarz-pacjent. Celem medycyny jest troska o zdrowie pacjenta. Dobro pacjenta to dobro medyczne, dobro osobiste pacjenta, jego dobro osobowe i dobro ostateczne. Punktem wyjścia i odniesienia oraz główną zasadą etyki medycznej nie jest więc autonomia lekarza czy pacjenta, ale dobroczynność względem pacjenta, realizowana we wzajemnym zaufaniu (*beneficence-in-trust*).

Dobroczynność jest właściwą odpowiedzią na wezwanie pomocy, zawiera ona w sobie troskę o pacjenta. Jego problemy zdrowotne stają się pierwszym przedmiotem obopólnego zaangażowania. Dobroczynność koncentruje się – jak to szeroko opisuje Pellegrino – na egzystencjalnej kondycji pacjenta. Choroba nie jest czymś konwencjonalnym, czymś tylko subiektywnym, ale realnym, egzystencjalnym stanem drugiego człowieka¹³. Ten stan wymaga też egzystencjalnej i realnej odpowiedzi, wyznacza on sposób podejścia do realizacji terapii, sposób włączenia w nią autonomii. Określa, czy pacjent w określonym wieku i stanie jest zdolny czy niezdolny do aktów w pełni autonomicznych. Zarówno autonomia pacjenta, jak i lekarza ma być podporządkowana potrzebom pacjenta, jego dobru, nie odwrotnie. To nie autonomia, ale osoba jest wartością absolutną. Godności osoby nie należy redukować do jej wolności. Z wolności bowiem płyną godne i niegodne zachowania ludzkie. Kryterium dobra jest godność, a nie wolność. To poprzez szacunek dla osoby szanujemy jej autonomię. Szanujemy autonomiczne wybory świętego, gdyż są dobrymi wyborami, ale nie szanujemy autonomicznych wyborów przestępcy, gdyż są złymi wyborami. Autonomia pacjenta jest aspektem jego dobra, ale nie jest aspektem jedynym¹⁴. Na dobro pacjenta, oprócz dobra osobistego, przeżywanego przez niego, w którym autonomia odgrywa pierwszorzędną rolę, składa się również dobro medyczne, określane przez wiedzę i sztukę medyczną, dobro pacjenta jako osoby oraz jego dobro ostateczne, ku któremu człowiek zmierza. Całościowo brane dobro wyznacza sposób działania¹⁵. Respektowanie autonomii pacjenta

¹³ E. D. Pellegrino, *Toward a virtue-based normative ethics for the health professions*, „Kennedy Institute of Ethics Journal” 1995, nr 3, s. 253-277, s. 267.

¹⁴ E. D., Pellegrino, D. C. Thomasma, *For the patient's good...*, s. 82.

¹⁵ Tamże, s. 74-91; 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” 2001, nr 6, s. 559-579, s. 569.

sprzyja realizacji jego dobra, maksymalizuje dobroczynność względem niego¹⁶. Dlatego należy ją włączyć w osiągnięcie całościowego dobra pacjenta. Najlepiej można to uczynić na gruncie wzajemnego zaufania. Zaufanie bowiem, budując więź międzyludzką, włącza bezboleśnie naszą wolność w realizację dostrzeżonych wartości. Buduje przestrzeń bezpieczeństwa dla chorego. Budzi jego wiarę w ludzi, wiarę w ich dobroczynne działania. Środowisko zaufania jest środowiskiem terapeutycznym.

W celu zbudowania zaufania lekarz powinien się wyróżniać odpowiednimi cechami życia osobowego i moralnego. Niezbędne jest nabycie różnorodnych, ludzkich cnót intelektualnych i moralnych. Trzeba się stać dobrym człowiekiem, aby być dobrym lekarzem. Lekarz szczególnie musi być wierny wewnętrznej moralności swej profesji. Wszelkie zewnętrzne cele względem medycyny, takie jak pieniądze, władza, prestiż winny zejść na drugi plan. Lekarz nie może być na usługach państwa, polityków, koncernów przemysłowych czy jakichś ideologii. Chory pacjent jest w centrum jego działań. Wady, które niszczą zaufanie, to chciwość, przekupność, niekompetencja, nieuczciwość i brak wrażliwości. Wśród różnych zalet lekarza, szczególnie przydatne są: wierność i stałość w realizacji pokładanego w nim zaufania, współczucie, intelektualna uczciwość, roztropność, sprawiedliwość, odwaga oraz trzymanie w ryzach swoich korzyści¹⁷. Lekarz wyposażony w takie zalety moralne stwarza warunki dla zaufania, nie uchybiając autonomii pacjenta osiągnie więcej w terapii niż lekarz kontraktowy. Wyzwała on bowiem w sobie i w pacjencie wszystkie psychiczne i duchowe siły sprzyjające zdrowiu.

¹⁶ R. M. Veatch, *Justice in health care...*, s. 278-279.

¹⁷ E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The virtues...*, s. 65-164.