Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

WŁAŚCIWE I NIEWŁAŚCIWE CELE MEDYCYNY

Prof. nadzw. dr hab. Tadeusz Biesaga SDB
Katedra Bioetyki Uniwersytetu Papieskiego
Jana Pawła II w Krakowie

WSTĘP

W związku ze zwiększającymi się możliwościami leczenia, a także z coraz szerszym wykorzystywaniem różnorodnych i kosztownych technologii oraz sprzętu technicznego większość dyskusji wokół medycyny koncentruje się na kosztach, sposobach ich obliczania i kontroli, jak również prywatyzacji czy komercjalizacji. Analizy te, skupiając się na samych środkach, które należy wykorzystać i sprawiedliwie podzielić, pomijają dyskusję o celach, które medycyna jako specyficzna profesja powinna realizować. „To nasilenie wyłącznie ekonomicznych debat – jak napisano o medycynie amerykańskiej w raporcie Hastings Center – nie tylko nie rozjaśniło sytuacji, ale przyczyniło się do jeszcze większych nieporozumień w dotychczasowej, zbyt ubogiej dyskusji wokół celów i zadań medycyny. (...) Bez takiej refleksji różnorodne reformy przeprowadzane na całym świecie mogą zawieść albo nie osiągnąć tego, czego oczekiwano. Ekonomiczna presja wywierana na medycynę tym bardziej wymaga głębszej refleksji nad jej celami".[1]

[1] The goals of medicine: setting new priorities: a Hastings Center project report. W: J.H. Howell, W.F. Sale, red.: Life choices: a Hastings Center introduction to bioethics. Washington, Georgetown University Press, 2000: 61

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

W niniejszym artykule przedstawię propozycje celów medycyny wypracowane przez dwa najważniejsze ośrodki bioetyczne w Stanach Zjednoczonych, czyli Hastings Center w Nowym Jorku i Kennedy Institute of Ethics w Georgetown University w Waszyngtonie. Stanowisko pierwsze zaprezentuję za Danielem Callahanem, drugie natomiast za Edmundem Pellegrino, wieloletnim dyrektorem Kennedy Institute of Ethics, znanym lekarzem i twórcą etyki lekarskiej w Stanach Zjednoczonych. Inspirując się tym ostatnim, zaznaczę własne stanowisko formułowane z pozycji bioetyki personalistycznej.

W POSZUKIWANIU WŁAŚCIWYCH CELÓW MEDYCYNY

Omówione w artykule cele medycyny sformułowali reprezentanci 14 krajów Europy, Azji i Ameryki, najwybitniejsi naukowcy, znawcy bioetyki oraz etyki medycznej; zostały one ogłoszone w formie międzynarodowego stanowiska na ten temat w 1996 roku w czasopiśmie wydawanym przez centrum bioetyczne Hastings Center, organizatora przedsięwzięcia.[2]

W opracowaniu tym przedstawiono cztery zasadnicze cele medycyny, które umożliwiają zachowanie jej integralności, a także oparcie się społecznej oraz politycznej presji narzucającej z zewnątrz zadania obce i anachroniczne. Uzgodniono, że owe właściwe cztery cele medycyny można wyrazić w następujących sformułowaniach:

a) zapobieganie chorobom i urazom oraz promocja i podtrzymywanie zdrowia,
b) przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu spowodowanym przez choroby,
c) opieka nad chorymi z różnymi dolegliwościami i ich leczenie oraz opieka nad tymi, którzy nie mogą być wyleczeni,
d) zapobieganie przedwczesnej śmierci i stworzenie warunków spokojnej śmierci.[3]

---

[2] Tamże
[3] Tamże: 58

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Eksperci z Hastings Center nie doszli do porozumienia w kwestii hierarchii wymienionych celów, a tym bardziej rozstrzygnięcia, który z nich jest najważniejszy. Sformułowali jednak sposób ich rozumienia, co stanowi podstawę dalszych uściśleń, w których podzielimy zdanie Edmunda Pellegrino, iż najistotniejszy cel, pozwalający właściwie zinterpretować pozostałe, stanowi opieka nad chorymi i ich leczenie.

ZAPOBIEGANIE CHOROBOM I URAZOM ORAZ PROMOCJA I PODTRZYMYWANIE ZDROWIA

„Celem medycyny starożytnych – przypomina się w raporcie – była taka pomoc ludziom, by żyli w harmonii ze swoim środowiskiem. Pomocy tej należało im udzielać od początku do końca życia".[4] Ponieważ lepiej jest zapobiegać chorobom czy urazom niż je leczyć, oczekuje się od lekarza, aby pomagał ludziom zachować zdrowie, a także strzegł przed grożącymi chorobami i urazami. „Niektórzy twierdzą nawet, że lekarze pomagający pacjentom w zachowaniu zdrowia spełniają tak samo ważną rolę jak ci, którzy ich leczą z powodu różnych chorób, urazów czy kalectwa".[5]

Za promocją zdrowia i profilaktyką chorób przemawiają również argumenty ekonomiczne. Działalność ta – jak się twierdzi – jest tańsza niż przywracanie zdrowia, a także lepsza od uzależniania chorego od specjalistycznej i drogiej technologii medycznej.

Jednak dokładniejsze określanie realizacji programu promocji zdrowia i zapobiegania chorobom jako właściwego celu medycyny napotyka nieprzezwyciężalne trudności. Możliwości ochrony zdrowia uzależnione są bowiem w wielu regionach świata od statusu ekonomicznego, pozycji społecznej czy wychowania. Realizując taki cel, medycyna musiałaby podjąć walkę o polepszenie warunków ekonomicznych ludności krajów biednych oraz poprawę sytuacji ludzi biednych w krajach bogatych. Musiałaby dążyć do zmiany

[4] Tamże: 64

[5] Tamże

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

ustrojów, zwyczajów i wychowania. Musiałaby propagować określony styl życia, na przykład odrzucający palenie tytoniu, używanie narkotyków, promiskuityzm czy współżycie seksualne grożące zakażeniem HIV. Musiałaby wywierać presje na jednostki, aby zmieniły swoje obyczaje i zachowanie. Obciążałaby też bardzo chorego winą za jego chorobę. Taki cel nie tylko jest więc nieosiągalny, ale wydaje się również celem pozamedycznym.

Promocji zdrowia i profilaktyce chorób nie można przyznać absolutnego priorytetu przed innymi celami medycyny z dwóch powodów, które wiążą się z kondycją człowieka. Po pierwsze: śmierci nie da się uniknąć, można jedynie opóźnić jej nadejście. Po drugie: zasadniczo nie jest możliwe przezwyciężenie chorób, gdyż po pokonaniu jednych pojawiają się inne.[6]

Można więc jedynie postulować ogólną współpracę medycyny klinicznej z medycyną zdrowia publicznego. Współpraca ta powinna być dla lekarza pomocna, gdyż pozwala na sięgnięcie do historii rodziny czy środowiska i uzyskanie przydatnych informacji o pewnych chorobach w danej populacji.

PRZYNOSZENIE ULGI W BÓLU I CIERPIENIU SPOWODOWANYM PRZEZ CHOROBY

Od początku istnienia medycyny przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu traktowano jako ważne zadanie lekarza. Dziś podkreśla się znaczenie tego zadania jeszcze mocniej, zarzucając współczesnej medycynie, że nie realizowała i nie potrafi go jeszcze realizować w zadowalający sposób. Jak się uważa, medycyna paliatywna była niedoceniana. „Zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się – stwierdzono w raporcie – szwankuje pod tym względem kształcenie oraz praktyczne zastosowanie dostępnej wiedzy, a także medyczne i społeczne wsparcie umożliwiające rutynowe uśmierzanie bólu".[7] Medycyna paliatywna jest dziś szczególnie potrzebna; musi ona szerzej i lepiej zrozumieć skomplikowany problem bólu oraz cierpienia, a także prezentować odpowiednie podejście do człowieka terminalnie chorego i umierającego.

---

[6] Tamże: 65

[7] Tamże: 67

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Jeszcze gorzej niż z samym bólem radzi sobie medycyna z cierpieniem. „Świadome i emocjonalne cierpienia towarzyszące chorobie są często nierozpoznane i nieleczone".[8] Nawet jeśli zostają zauważone, traktuje się je jako pozbawione większego znaczenia. W stosunku do cierpiącego pacjenta dominuje apersonalistyczne, scjentystyczne podejście farmakologiczne, w którym wobec różnych lęków i niepokojów chorego nadużywa się uśmierzających narkotyków zamiast osobowej obecności, troski, wsparcia i rady.

Podobnie nie radzi sobie medycyna z cierpieniami wywołanymi chorobami psychicznymi, które dotykają dziś miliony ludzi. Dość często udzielając pierwszej pomocy medycznej, zwraca się uwagę na zaburzenia biologiczne, ignorując psychiczne. Wynika to z przekonania, że choroby psychiczne są mniej ważne. W konsekwencji prowadzi to jednak do hamowania rozwoju psychiatrii.

Oprócz chorób psychicznych człowieka nękają różnego rodzaju niepokoje egzystencjalne. Człowiek dotknięty chorobą stawia najtrudniejsze pytania. Nie tylko o to dlaczego jest chory, dlaczego cierpi, ale także dlaczego musi umrzeć i jaki jest sens życia. „Medycyna jako taka nie potrafi odpowiedzieć na te pytania. Niemniej od lekarzy czy pielęgniarek chorzy oczekują jakiejś odpowiedzi".[9] Możliwe jest odwołanie się do własnego doświadczenia, do poszukiwanych przez siebie wartości i podzielenie się tym w duchu współczucia i więzi z drugim człowiekiem.

Medycyna nie może także nie dostrzec różnych form bólu i cierpienia ludzi spowodowanych przez wojny, terroryzm, przemoc albo zdradę wzajemnego zaufania w rodzinie czy innej wspólnocie. Powstaje więc pytanie, czy te egzystencjalne udręki człowieka, a także zjawiska polityczne, społeczne i militarne powinny wejść w zakres zainteresowań medycyny. Czy przez to nie zostanie ona zepchnięta do realizacji celów pozamedycznych? Medycyna nie potrafi bowiem nadać sensu życiu ludzkiemu, nie potrafi życia kontrolować ani nim kierować, tym bardziej nie jest w stanie przeciwdziałać wojnom, terrorowi, rozpadowi rodzin, samotności i neurozie współczesnego człowieka.

---

[8] Tamże

[9] Tamże: 68

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

ZAPOBIEGANIE PRZEDWCZESNEJ ŚMIERCI I STWORZENIE WARUNKÓW SPOKOJNEJ ŚMIERCI

Współczesna medycyna wielokrotnie angażuje się w walkę ze śmiercią. „Zbyt często traktuje śmierć jako swego największego wroga"[10] i nie może zaakceptować tego, że jest ona czymś naturalnym. W zmaganiach ze śmiercią, śmiertelnymi chorobami i starością wykorzystuje się nieproporcjonalnie większe środki niż do leczenia bólu czy opieki nad chorymi i umierającymi. Życie przedłużane jest aż do momentu, w którym przestaje być dla człowieka dobrodziejstwem.

Należy jednak podkreślić, że celem medycyny nie jest walka ze śmiercią jako taką, ale przeciwdziałanie przedwczesnej śmierci. Przeciwdziałanie to nie oznacza traktowania każdej śmierci jako przedwczesnej. Wielu bowiem ludzi dożywszy sędziwego wieku, niejako naturalnie zbliża się do swego kresu, a ich śmierć nie jest przedwczesna. Innymi słowy: medycyna ma pomóc ludziom młodym dożyć starości, a osobom starszym przeżyć resztę życia godnie i z zadowoleniem.[11]

Wyeliminowanie śmierci to cel utopijny, który zniekształca działalność medyczną. Ważnym zadaniem medycyny jest towarzyszenie spokojnej śmierci. Ponieważ wszyscy umieramy, również w medycynie powinno się stworzyć warunki do spokojnej śmierci. „Za spokojną śmierć (*peaceful death*) można uważać taką, w przypadku której ból i cierpienie minimalizuje właściwa opieka paliatywna, pacjent nie czuje się opuszczony i zaniedbany, a opieka nad umierającym jest tak samo ważna jak opieka nad tymi, którzy przeżyją".[12]

Oczywiście medycyna nie potrafi do końca zapewnić spokojnej śmierci. Nie jest w stanie określić jej sensu. Nie powinna jednak traktować śmierci jako swego błędu, którego można uniknąć, albo przegranej. Ponieważ śmierć jest nieunikniona, wcześniej czy później nawet bardzo skomplikowana aparatura podtrzymująca życie okazuje się nieskuteczna, a medycyna dochodzi do kresu swych możliwości.

---

[10] Tamże: 70
[11] Tamże: 71
[12] Tamże

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

W tym kontekście wielkim problemem etycznym staje się dziś kwestia wykorzystania aparatury podtrzymującej życie terminalnie chorych.[13] W takich przypadkach bierze się pod uwagę zarówno przewidywane i akceptowane przez pacjenta dobrodziejstwa, jak i obciążenia – nie tylko ekonomiczne, proceduralne, prawne, ale bezpośrednio dotykające życia pacjenta i jego rodziny. Medycyna nie może walczyć z każdą śmiercią, lecz tylko z taką, która przychodzi w nieodpowiednim czasie (zbyt wcześnie), spowodowana jest nieodpowiednimi przyczynami (które z medycznego punktu widzenia można wyeliminować, uzyskując wyleczenie dzięki zaangażowaniu rozsądnych środków) i dosięga człowieka w niewłaściwy sposób (w bólu i cierpieniu, które można uśmierzyć).[14]

GŁÓWNY CEL MEDYCYNY

Powyższe analizy wskazują, że za główny cel medycyny należy uznać opiekę nad chorymi z różnymi dolegliwościami i ich leczenie oraz opiekę nad tymi, którzy nie mogą być wyleczeni.

Raport Hastings Center wymienia leczenie chorych (przywracanie zdrowia) jako trzeci z czterech celów medycyny, gdy tymczasem niektórzy bioetycy oraz znawcy filozofii i etyki medycznej, tacy jak Leon Kass, a szczególnie Edmund Pellegrino, traktują je jako cel nadrzędny, pozwalający właściwie hierarchizować i interpretować pozostałe trzy zadania. Jest to cel wynikający z natury medycyny jako takiej i decydujący o specyficznej dla niej moralności, w odróżnieniu od celów i moralności narzucanych medycynie z zewnątrz.[15]

Celem medycyny według Leona Kassa jest „zdrowie, czyli właściwe funkcjonowanie organizmu człowieka jako całości" lub inaczej „funkcjonowanie organizmu zgodnie ze specyficzną dla niego sprawnością, doskonałością".[16]

---

[13] Tamże

[14] Tamże: 72

[15] E.D. Pellegrino: The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions. J. Med. Philos., 2001; 26: 559–579

[16] L.R. Kass: Toward a more natural science: biology and human affairs. New York, Free Press, 1985: 174

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Tak samo rozumie to zagadnienie Edmund Pellegrino: „Celem medycyny jest przywrócenie i rozwój zdrowia, a dokładniej – uzdrowienie, czyli wyleczenie z choroby, a jeśli to niemożliwe, opieka i pomoc pacjentowi, by żył mimo bólu, dyskomfortu lub niepełnosprawności".[17] „Zobowiązanie do leczenia wyrastające z relacji lekarz-pacjent nadal stanowi ostateczny cel tej profesji. Nie jest to cel do podważania. Gdyby medycyna go utraciła, przestałaby być medycyną".[18]

Cel, jaki stanowi leczenie i troska o pacjenta, nie jest ustanawiany konwencjonalnie przez społeczność, obyczajowość czy kulturę. Wyrasta on z samej natury medycyny, z praktyki medycznej. Leczenie chorego jest celem wewnętrznym działalności medycznej, a na przykład zarabianie pieniędzy, rozwiązywanie problemów społecznych czy politycznych stanowi cel zewnętrzny. Medycyna i cel, któremu ona służy, nie są wytworem społecznym, tak samo jak choroba i leczenie nie zostały stworzone przez jakąś kulturę, ale wiążą się z kondycją człowieka. Choroba wpisana jest w kondycję ludzką. Człowiek staje się pacjentem nie z własnej woli ani też nie ze względu na obyczaje społeczne i kulturowe. Dotknięty tym egzystencjalnym faktem nie potrafi sobie sam radzić i poszukuje profesjonalnej pomocy. Relacja lekarz-pacjent nie stanowi sztucznego konstruktu, lecz o jej istnieniu decydują realne fakty, takie jak: choroba (*fact of illness*), czynność danej profesji medycznej (*act of profession*) i czyn leczenia (*act of healing*). Relację tę charakteryzuje wpisana wewnętrzna celowość osiągnięcia dobra, dla którego zaistniała.[19]

Wewnętrzny cel medycyny i wewnętrzna moralność tej profesji ujawniają się najbardziej w sytuacji pierwotnej, jaką stwarza medycyna kliniczna, w której lekarz staje twarzą w twarz z chorym oczekującym wyleczenia. Rzeczywistość kliniczna wprost wskazuje na dobro pacjenta, a przez nie określa rolę lekarza, a nawet całej medycyny. Sytuacja kliniczna jest paradygmatem, jest *locus ethicus* dla etyki medycznej, określającym dobro, do którego należy dążyć, i wynikające z tego obowiązki. To w niej inne dziedzi-

---

[17] E.D. Pellegrino, Thomasma D.C.: The virtues in medical practice. New York, Oxford University Press, 1993: 53–60

[18] Tamże: 60

[19] E.D. Pellegrino: Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. Kennedy Inst. Ethics J., 1995; 5: 267

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

ny medycyny oraz cała polityka społeczna znajdują swoje spełnienie. W ten sposób dobro pacjenta uzasadnia etycznie inne dziedziny medycyny, rozwój badań, wiedzy medycznej, a także medycynę prewencyjną czy społeczną. „Kiedy wiedza i umiejętności wszelkich dziedzin medycznych zostaną wykorzystane do leczenia konkretnej osoby, ich cele włączają się w cel medycyny klinicznej".[20] W przeciwnym razie medycyna ulega celom pozamedycznym, na przykład ekonomicznym, społecznym czy politycznym, zdradzając swoje powołanie.

Taka filozofia medycyny, ustalając wewnętrzny cel tej profesji na przykładzie medycyny klinicznej i relacji lekarz-pacjent, odrzuca wiele zadań narzucanych medycynie z zewnątrz.

NIEWŁAŚCIWE CELE MEDYCYNY

Niewłaściwym celem medycyny jest według Leona Kassa realizowanie zadań społecznych, ekonomicznych czy politycznych zamiast troski o zdrowie pacjenta. Lojalność i posłuszeństwo wobec władzy państwowej lub nacisków społecznych powodują, że lekarze realizują to, czego państwo czy społeczność od nich oczekuje. „Zapobieganie przestępstwom, wykroczeniom nieletnich, zmniejszanie ubóstwa, eliminowanie dyskryminacji rasowej, a także kształtowanie uczciwych ludzi – to wprawdzie wartościowe zadania, jednak nie dla lekarza jako takiego, lecz dla człowieka jako obywatela. Są to zadania rodziców, policjantów, prawników, księży, nauczycieli, sędziów i całej społeczności. Wątpliwe, aby kompetencje i autorytet lekarza były odpowiednie do osiągania tych celów".[21]

Medycyna ma możliwość zarówno ingerencji w powstawanie życia ludzkiego, jak i wpływu na organizm dorosłego człowieka i jego psychikę. W związku z tym różne gremia polityczne, społeczne czy naukowe wywierają nacisk na medycynę, aby ingerencje te podejmowała nie dla dobra pacjenta, ale dla tzw. polepszenia dobrobytu ludzkości. Oczekuje się więc, że dzięki psychochirurgii uda się zmodyfikować kryminalne i antyspołeczne zachowania

[20] Tamże

[21] L.R. Kass, dz. cyt.: 160

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

niektórych groźnych przestępców. Dąży się do tego, aby medycyna zaangażowała się w eliminowanie zjawisk szkodliwych dla społeczności, prowadząc eugeniczną i eutanatyczną prenatalną selekcję aborcyjną oraz eliminację embrionów ludzkich obciążonych genetycznymi predyspozycjami do poważnych chorób czy pewnych zachowań. Żąda się, aby medycyna kontrolowała rozwój demograficzny ludzkości poprzez antykoncepcję, sterylizację mężczyzn i kobiet, aborcję i odpowiednią antynatalistyczną propagandę. Przykładem medycyny realizującej cele państwowe i społeczne była medycyna nazistowska, kierująca się zasadą, że dla danej nacji i społeczności ważne jest tylko takie życie, które spełnia określone warunki. Dziś obowiązuje podobna zasada tzw. jakości życia, według której nie każde życie ludzkie jest wartościowe, ale tylko takie które ze względu na swą jakość przyniesie określone korzyści państwu, społeczności czy rodzinie.

„Należy odrzucić jako niewłaściwy cel medycyny – pisze dalej Leon Kass – zmienianie natury ludzkiej. Proponowanego przez psychologów stosowania leków redukujących agresywność, sugerowanego przez genetyków wykorzystywania sztucznej prokreacji i inżynierii genetycznej do celów eugenicznych lub przewidywanych przez futurystów hybryd człowieka z maszyną, laboratoryjnej hodowli dzieci i farmakologicznego uzyskiwania spokoju wewnętrznego nie można traktować jako właściwego celu medycyny".[22]

W związku z tym należy również wyraźnie oddzielić funkcję lekarza jako prowadzącego leczenie od jego naukowej kariery. W drugim przypadku istnieje bowiem niebezpieczeństwo potraktowania pacjenta jako środka do zdobycia wiedzy albo do przeprowadzenia eksperymentów naukowych i testowania leków. Jeśli weźmie się pod uwagę olbrzymi wpływ biotechnologicznych koncernów, których podstawowym celem jest zyskanie określonych wyników naukowych i technicznych, przynoszących korzyści ekonomiczne, to próba podporządkowania służby chorym służbie koncernowi wydaje się realna, zwłaszcza w kontekście propozycji komercjalizacji całej medycyny. Chociaż medycyna jako sztuka leczenia wiąże się z medycyną jako nauką teoretyczną i techniczną, nie może jednak zatracić swego celu, jaki stanowi dobro i zdrowie konkretnego pacjenta. „Wiedza medyczna może być użyta do

[22] Tamże: 111

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

torturowania więźniów politycznych, przeprowadzania państwowych egzekucji, ludobójstwa, oczyszczania społeczności z tych, którzy do niej nie pasują lub są niepełnosprawni itd."[23]

Za niewłaściwy cel medycyny należy również uznać realizowanie subiektywnych upodobań pacjenta (*satisfying patient desires*) – takich które dają mu przyjemność, dzięki którym chce osiągnąć szczęście, a które nie wiążą się ze zdrowiem jako takim. Różnych niepokojów, trosk, niezaspokojonych pragnień czy frustracji pacjenta nie można traktować jako zjawisk chorobowych, wymagających interwencji medycznej.[24]

Chirurgia plastyczna wielokrotnie dokonuje na życzenie nie tyle korekty jakichś deformacji, poprawy zdrowia czy wyglądu, ale podporządkowuje się psychicznym zaburzeniom pacjentów. Niektóre osoby domagają się na przykład zastrzyków amfetaminy, aby podnieść nastrój; żądają przeprowadzenia badań prenatalnych w celu aborcyjnego wykluczenia określonej płci dziecka. Podobnie coraz więcej dziwacznych żądań stawia się w związku z możliwościami, jakimi dysponuje sztuczna prokreacja. „Wszystkie te praktyki, zarówno przedstawiające jakąś wartość, jak i nieposiadające żadnej, nie zmierzają do dobra pacjenta, jakim jest zdrowie. (...) Ich celem jest przyjemność, wygoda lub zaspokojenie innych pragnień".[25] Przyjemność czy szczęście pacjenta stanowi zdaniem Kassa fałszywy cel medycyny. Realizując go, medycyna może się stać agencją usługową, która za pieniądze ulega psychicznym i moralnym dewiacjom człowieka.

Zadaniem medycyny nie jest również – według Kassa – zapobieganie śmierci (*prevention of death*).[26] Ponieważ bezpośrednią konsekwencję troski o zdrowie stanowi zachowanie życia, łatwo jest uznać walkę ze śmiercią za cel medycyny. Twierdzi się wtedy, że wprawdzie profesja ta przegrywa dziś ze śmiercią, ale jutro albo w najbliższej perspektywie może ją pokonać. Postęp techniczny i statystyki wskazujące na zmniejszenie śmiertelności traktuje się jako krok ku

---

[23] E.D. Pellegrino: The goals and ends of medicine: how are they to be defined? W: M. Hanson, D. Callahan, red.: The goals of medicine: the forgotten issues in health care reform. Washington, Georgetown University Press, 1999: 55–68

[24] L.R. Kass, dz. cyt.: 159

[25] Tamże

[26] Tamże: 152

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

nieśmiertelności. „Rozpatrujemy choroby raczej jako podstawowe przyczyny śmierci niż przyczyny upośledzenia zdrowia (*causes of ill health*). Porównujemy postęp medyczny różnych krajów poprzez statystyki śmiertelności. Ignorujemy fakt, że raczej zmieniamy pewne śmiertelne choroby czy stany na inne, niekoniecznie łagodniejsze i łatwiejsze do zniesienia. Kiedy jesteśmy zdolni wyleczyć raka, zawał czy inne choroby serca, przestajemy się martwić o to, jak i kiedy umrzemy, a także w jakiej kondycji ciała i umysłu przyjdzie nam spędzić ostatnie lata".[27]

Medycyna nie może się nie interesować przyczynami chorób, profilaktyką oraz przywracaniem możliwie najlepszej kondycji zdrowotnej. „Powinniśmy się interesować przyczynami chorób lub je zwalczać, przede wszystkim z tego powodu, że powodują choroby, a po wtóre dlatego że zabijają".[28] „Lekarz powinien więc realizować swoje główne zadanie, skorygować i przywrócić to, co możliwe, nie zapominając, że śmierć nastąpi nieuchronnie, a zdrowie jest nietrwałym dobrem, i jako istoty cielesne z natury kruche, wcześniej czy później, niezależnie od podjętych działań medycznych, musimy odejść".[29]

Określenie właściwego celu i wewnętrznej moralności medycyny, w przeciwieństwie do zadań i norm narzucanych z zewnątrz, broni jej autonomii jako specyficznej profesji oraz autonomii spełniającego swoje powołanie lekarza. Takie podejście „odrzuca traktowanie lekarza jako stróża postępu ekonomicznego (*economic gatekeeper*), jako tego który z miłosierdzia zabija (*mercy killer*), wyzwala od niechcianej ciąży (*reliver of unwanted pregnancy*), współdziała w wojnie nuklearnej (*illicit accomplice in nuclear war*) i stanowi narzędzie ideologii państwowej (*tool of state ideology*). (...) Przypomina lekarzom, całemu personelowi medycznemu, a także osobom niepracującym w ochronie zdrowia, że w pewne działania medycyna i lekarz nie mogą być wciągani. (...) Wzywa do odrzucenia takich zadań przydzielanych lekarzowi, które nieuchronnie prowadzą do zniszczenia właściwej praktyki medycznej".[30]

---

[27] Tamże: 162

[28] Tamże

[29] Tamże:163

[30] R. Veatch: Internal and external sources of morality for medicine. W: D.C. Thomasma, J.L. Kissell, red.: The health care professional as friend and healer. Georgetown, Georgetown University Press, 2000: 75